



经济及社会理事会

Distr.

GENERAL

E/CN.5/1997/8 (Part I)

17 January 1997

CHINESE

ORIGINAL: ENGLISH

社会发展委员会

第三十五届会议

1997年2月25日至3月6日

1997年世界社会状况报告

本文件为《1997年世界社会状况报告》的油印本，将分为两部分发表。第一部分载有序言材料和报告的一至五章；第二部分载有六至八章。整个报告最后将作为联合国销售出版物以编号 ST/ESA/252 发表。

97-01463

序 言

1997年版《世界社会状况报告》评述当前的社会经济状况，具体的重点是社会发展的核心问题。本报告应大会、经济及社会理事会和社会发展委员会的要求编写。

本报告由经济及社会资料和政策分析部微观经济和社会分析司在宏观经济司、人口司和统计司的协作下编写。

本报告也受益于同世界银行、国际劳工组织和联合国开发计划署的磋商。本报告利用了联合国、世界银行、国际劳工组织、经济合作与发展组织、各国政府及学术机构的数据和分析。

《世界社会状况报告》由以宾塔·迪耶和阿尔布雷克特·奥尔恩为首的小组编写，该小组包括戴维·戈尔德、拉里莎·卡皮察和道格拉斯·沃克。此项工作在副秘书长琼·克洛德·米勒龙和副秘书长顾问阿尔琼·森古普塔的全面指导下进行。还收到了安德拉斯·布拉霍、亨克·扬·布林克曼、弗雷德·坎帕诺、南希·陈余萍、安娜·科尔特斯、西蒙·坎宁安、理查德·戈登、罗伯特·琼斯、安德烈·克拉索夫斯基、安·奥尔、拉里·威尔莫尔和谢尔盖·泽列涅夫。提供部分补充信息的有：尼古拉斯·戴德林、阿莱桑德拉·德罗萨、米凯莱·费多罗夫、约瑟夫·格林布拉特、尼古拉斯·罗洛夫、克里克斯蒂娜·肖、约安·瓦涅克和哈尼亚·兹洛特尼克。贝亚特丽斯·弗兰克福-利特尔提供了制作协助。新书样本的台式出版由瓦列里安·蒙泰罗提供。提供技术帮助的有梅拉尼·德列昂、安·德利玛、萨姆·简、拉马钱德拉·库鲁普和艾维·莱。提供宝贵的秘书协助的有泰西·马汉-阿基诺、弗洛伦斯·安耶西、罗萨里奥·阿拉戈、朱丽叶·卡皮利、马塞拉·马拉斯和阿特西德·罗加沙。外部编辑工作由美国写作公司的伊利西·扎布尔女士和芭芭拉·卡尔尼女士完成。封面由怀尔顿·詹姆斯设计。

前 言

1997年《世界社会状况报告》着重论述了1995年3月6日至12日在丹麦哥本哈根举行的社会发展问题世界首脑会议所讨论的中心问题。这次首脑会议是1990年代的联合国为讨论人权和主要的发展问题所连续召开的世界会议的不可分割的组成部分,代表着我们关于社会问题集体意识方面的一个转折点。在团结一致的振奋精神的鼓舞下,各会员国誓同来自共同敌人的威胁作斗争:失业、排斥、农村每况愈下、城市衰落、环境恶化和新的和重新出现的疾病。

在介绍目前全球层次和区域层次经济格局和概述部门社会问题以后,报告审查了同首脑会议三个主题有关的部分问题:消除贫困,扩大生产性就业和社会融合。从国家和国际角度分析了政策问题和选择方案。报告在这样做的过程中,注意首脑会议关于采取系统、全面方针的强烈主张,并且为对承认社会、经济和文化因素相互影响的社会政策采取新的更广泛的观点打下基础。

发展方案如要可行,就必须坚定地以人民为重点。这种重点必须与“赋予权力”相结合,以便个人和社会群体能够在充分了解他们的行动对当代和后代所造成后果的情况下选择自己的命运。在这方面关于产生、传播和利用知识和信息的能力是根本条件,正如一些社会所表明的。这些社会成功地维护了内聚力,尊重人权、维持民主体制和促进参与性的平等发展。

本报告还提供一个机会,可以借此在20世纪的最后几年深入思考和反省这些问题的症结所在。目的是产生进一步思想和行动,有助于实现首脑会议的《行动纲领》——我们促进社会发展直至下个世纪的蓝图。

科菲·A. 安南 (签名)

秘书长

目 录

	页次
序言	2
前言	3
导言	6

第一部分. 社会状况

章次

一、经济趋势	13
A. 区域经济成就	13
B. 国际经济环境	20
二、人口趋势	26
A. 人口规模和增长	27
B. 生育率	33
C. 死亡率	37
D. 国际迁移	41
三、保健	48
A. 预期寿命	48
B. 转型经济国家的特点	52
C. 全球保健负担	56
D. 新的传染病	66
四、饥饿和营养不良	70
A. 有多少人营养不良?	70
B. 政策问题	78

目 录 (续)

	页次
五、教育	85
A. 正规教育现状	85
B. 成人文盲	98
C. 教育的影响	98
D. 供求状况	103
E. 当前政策和政策问题	107

导 言

1. 随着 20 世纪接近尾声,世界社会状况以其多样性和复杂性向各国社会发起挑战。目前并存着两种情况:许多战线取得了进步,但早先原已获得的成果却遭受挫折,甚至发生了逆转。社会进步的机会看似无限宽广,但是许多期望仍无望实现。不过,尽管情况十分捉摸不定,当前却是一个发生引人注目的社会变化和充满着努力奋斗精神和希望的时期。1995 年 3 月 4 日至 12 日在哥本哈根举行了具有里程碑意义的社会发展问题世界首脑会议,与会各国首脑在心情普遍紧迫之余仍对更美好未来充满了这种希望,它体现了当前各国和国际社会所面临的挑战。¹《1997 年世界社会状况报告》在哥本哈根首脑会议举行后近两年问世。首脑会议讨论的优先主题构成本报告的核心;而且被作为本项分析的出发点和检验标准。

A. 变化着和社会发展背景和本报告的主题

2. 首脑会议,包括其筹备过程,对于提高国际社会对社会问题的意识性,起了巨大的作用。本报告从该次讨论受益匪浅,讨论扩大了社会议程的范围,并使人们对于已经取得的成绩,仍需要做的工作和必须制定的新的优先次序作出了全面的评估。国际社会认识到,不管一个国家多么富裕,它都规避不了社会问题。而且在社会问题极其紧迫的那些国家中,不只是福利,连为数众多的人口的生存,也常常成了问题,1997 年的报告以文件形式将这种状况记录在案,它描述了保健、营养和教育方面社会发展的各个不同的侧面。报告还论述人口迁移流量增加的问题及生育率和死亡率方面的多种趋势。报告以实例说明了这样一个事实,即当代的许多社会问题是全球性的问题,这些问题的解决需要各国政府、文明社会和国际社会进行协调一致的密切配

合。

3. 在重新探索如何将经济问题和社会问题更有效地纳入发展进程的工作中，首脑会议起了促进作用，社会发展问题首脑会议的《哥本哈根社会发展问题宣言》和《行动纲要》²体现了各国和国际间所作的发展努力，认识到虽然社会发展仍是各国的责任，但是国际社会的支持、集体承诺和努力也是实现哥本哈根首脑会议提出的目标所必不可少的条件。就各国行动与国际行动之间的适当平衡寻求取得一致意见，成为首脑会议期间形成的一个重要的政策目标。

4. 在分析社会现实多面性的过程中，首脑会议确认了在社会和经济发展许多领域了取得的进展。但是首脑会议也着重指出，许多社会中存在着处境不利和易受损害的群体，它们的利益需要得到照顾，以使以人为中心的社会发展框架成为规范。忽视不管、消极被动或无所作为的政治代价和社会代价极其高昂。首脑会议采取的三管齐下的方针责成联合国各会员国消除世界贫困，将促进充分的就业作为一项优先的基本政策，并且在尊重人权及不加歧视和让全体人民最大限度地参与影响其福利的决策的基础上实现社会一体化。通过在国家和国际层面上承认国际社会在社会领域面临的困难和挑战，各会员国在筹划社会行动新的轻重缓急次序的同时，朝着解决社会经济发展问题向前迈出了一大步。

5. 社会发展不能孤立于持续不断的政治、经济和文化变革进程之外。自 20 世纪 80 年代末以来，多样性和民主化有所扩展，它对管治和文明社会产生了强大的影响。冷战的结束和东西方意识形态分歧的消失，使人们产生了迄今为止仍未兑现的巨大的经济期望和社会期望。尽管转型经济国家的经济改革的进程已经启动，但没有更多规模可观的经济成果与民主和自由方面的进步的相匹配。与此同时，原先冷战时期

意识形态对峙和军事对抗形成定局的制约因素和体制结构现已中途夭折，造成世界难以预测得多。因此，潜伏了数十年之久的某些种族、民族和宗教积怨，在不同的地区重又冒了出来，特别是在那些解体的民族国家中。被禁锢的沮丧和仇恨，以其最极端的形式发泄出来时，导致了流血和战争。

6. 国际社会现为新老威胁所困。严重的环境问题使人类福利处于危险的境地。恐怖主义仍然是一大险恶的威胁。在有组织罪行的支持之下，腐化堕落、刑事犯罪、跨界犯罪和毒品交易，正在造成越来越大的危险。暴力冲突、种族灭绝和侵犯人权行为的升级影响着人口的各大群体，成为重新引起国际社会忧虑的因素。全球问题现已变得对多边机构更为重要，取代了同东西方意识形态对峙有关的老问题。冷战后的时代允许——而且迫使——联合国将它的工作重心转移到这些问题上。

7. 影响社会政策的主要因素之一是世界经济的全球化。本报告虽不具体地涉及这一范围广泛的问题，但它突出说明其部分社会侧面。本报告的前提是，全球化扩大经济增长的机会，但是全球化的过程也伴有风险和成本，包括社会成本。贸易、投资和金融流量的增加已使各国政府更加难以实现它们的政策目标，有时候还缩小可加利用的选择范围和增加政策失误的成本。在某些情况下，全球化可能助长或加剧了现存的社会弊端如失业，或导致收入不平等程度的加剧。它影响到所有的国家，尽管某些国家，特别是部分发展中国家，却尚未受益于全球化所提供的机会，其中包括减轻贫困。东亚是迄今为止从全球化受益最多的地区。在整个拉丁美洲，情况略带一点沉浮不定，尽管初步进展的迹象已经历历在目。然而，撒哈拉以南非洲地区基本上仍是局外者。

8. 全球化的利得在发展中国家内部及其相互之间的分布并不均衡。清晰地了

解当前的全球化趋势,与政治意愿结合在一起,可能有助于国际社会防止新的分裂现象的出现,包括遭到全球市场排斥国家的分裂现象的出现。国际商业、投资和金融无休止地增长,以及通信和交通运输联系的不断加强,造成各种经济体制和社会越来越相互依存,因此,社会问题在全球范围内扩散开来。但是,推动全球变化的跨国势力,特别是流动着的投资和金融,正在削弱各国政府影响经济和社会后果的能力,常常使各国民选的代表甚至无法实现本国的政治承诺,更不用说影响全球趋势的能力了。

9. 在对重大国际问题认识明显一致的基础上进行的国际合作,成为用以对付正在出现的问题的一种强有力的手段。在国际层面上协调社会政策,对于实现积极成果的重要性,可能不亚于当地全球化的挑战。闭关自守和孤立不是行之有效的选择途径,因为与世界经济实现一体化可能带来共同的繁荣和机会。决意孤立于局外的社会失去经济增长的机会,从而付出高昂的代价。

10. 本报告着重说明的另一个主题是经济改革的社会后果。世界各国经济政策变化的走势已变得相互类似。当然,转型经济国家是一个很能说明问题的例子,这主要是因为它们的系统改革议程的范围极其广阔。实际上,转型过程付出的社会代价比一开始预计的要大得多,其中包括加剧贫困和两极分化的程度,在发展中国家,经济自由化和结构调整有时候增加某些社会群体不稳定和边缘化的风险,尽管若干国家抓住了技术进步——生产要素流动性提高和贸易体系更加开放所产生的新的机会。然而,鉴于经济增长与社会的社会结构之间存在着复杂的关系,重新规定“结构调整”一词的定义将是可取的,以便不仅包括宏观经济的平衡和生产结构,而且也包括资源和资产的分配,获得就业和赚得收益的机会,以及有助于人类安全和刺激生产技能增长和社会政策的制定。³与此同时,这一任务也将迫使决策者的迅速地系统阐明可信的政策反应,它们将以对国家背景和可加利用的资源的广泛了解为基础,而且适

应全球化的挑战。

B. 报告的组织结构和使用的数据

11. 《1997年世界社会状况报告》由两部分组成。第一部分概述部门社会问题，着重说明生活条件。报告一开始先介绍当前全球和区域层面上的经济格局。作为其对人口趋势评估内容的组成部分，报告审议全球和各区域人口的规模和增长情况，以及决定这些趋势的生育率、死亡率和国际迁移等这些人口统计的组成部分。关于保健的一章论述两个问题：对撒哈拉以南非洲和转型经济国家预期寿命缩短的关注和对全球保健最大危险因素的评估，其中包括新的疾病和传染病。报告还评估了饥饿和营养不良的世界趋势和格局，而且阐明了这一政策领域的政策问题。第一部分以对教育领域某些突出问题的简要论述作结尾，其中包括有关正规教育、成人文盲和教育系统质量的那些问题。

12. 报告的第二部分按社会发展问题首脑会议《行动纲要》提出的次序论述该首脑会议的三个核心主题：消除贫困、扩大生产性就业和实现社会一体化。这一次序反映了首脑会议确定的轻重缓急次序，以及社会发展委员会在其1995年第34届会议上及其1996年特别会议上表示的愿望。每章各论述政策问题和选择方案，国内做法和国际文书，视情况而定。

13. 关于贫困问题的一章审议世界范围绝对贫困方面的主要趋势及其与世界经济增长的关系。报告对朝着消除全球贫困取得的进步作了初步的评估，同时概述了减轻贫困综合战略中的主要因素。

14. 关于就业和失业问题的一章着重论述发展中国家及转型经济国家和发达市场经济国家中各种问题的严重程度。它描述经济改革和就业、易受损害群体在劳动力市场上的地位、不平等和劳动市场的结构等问题。最后一章审议歧视问题，这个问题同社会排斥问题紧密相关，后一个问题在许多方面关系到社会一体化问题。它涉及歧视女性和歧视少数的剖析和格局。

15. 本报告所依据的是各国统计处收集和联合国各区域经济委员会、专门机构和其他区域机构及国际机构提交给联合国统计部门的数据；以及联合国秘书处经济及社会资料和分析部管理的数据库。关于减轻贫困的一章多半依靠世界银行提供的数据。凡有可能，使用了最新的国别资料来源，只要数据质量和与其他国别资料和国际统计资料的可比性达到适当的水平。本报告还依靠各国突出说明各种社会政策问题的研究报告。除了范围广泛的学术文献之外，还利用许多国家正在进行的公开辩论的资料。

注

¹ 要了解首脑会议的报告，见《社会发展问题首脑会议报告，哥本哈根，1995年3月6日至12日》（联合国出版物，销售品编号96.IV.8）。

² 同上，第一章，第1号决议。

³ 1995年在纽约组织的经济改革和社会政策问题国际研讨会上特别提出了进行这种定义的要求。见联合国社会发展问题研究所。《经济改革和社会政策问题国际研讨会》。（纽约，联合国，1995年）。

第一部分. 社会状况

1. 在 20 世纪 90 年代, 我们目睹了人们日益认识到经济发展与社会发展之间的密切关系。正如《哥本哈根社会发展问题宣言》所指出:

我们深信, 经济发展、社会发展和环境保护是可持续发展的相互依存和相互加强的组成部分, 它是我们努力提高全体人民生活质量的框架。¹

2. 持续的、基础广泛的经济增长显然有利于实现公平的社会发展和普遍的福利。促进经济增长的健全的经济政策, 与公平的再分配机制相结合, 能够保证收入在社会中更为公平的分配。经济政策应为解决各种社会问题提供坚实的财政基础, 例如减轻贫困, 实现社会一体化, 改善健康和教育及提供生产性的就业机会。

3. 特别是鉴于来自其他社会需求的压力日益增大, 在制定国家预算的轻重缓急次序时, 必须认真审议保健、教育和就业方面的社会政策。在许多国家, 政策在社会服务方面的支出受到预算规模日益缩小和公共目标转移所造成的财政制约因素的限制。

¹ 《社会发展问题世界首脑会议, 哥本哈根, 1995 年 3 月 6 日至 12 日》(联合国出版物, 销售品编号 96.IV.8), 第一章, 第 1 号决议, 第 6 段。

第一章

经济趋势

1. 自从1994年以来,世界经济一直在适度增长。1994至1996年期间,平均增长率为2.5%。目前的增长率仍低于20世纪80年代的平均增长率,其原因是发达经济国家经济复苏的势头较弱(见表1.1)。尽管如此,与1990至1993年期间糟糕的经济增长相比,情况有了明显的好转。那几年的特点是发达国家经济停滞不前,而转型经济国家的经济直线下降。许多发展中经济国家的经济和社会状况严重恶化,尽管部分国家保持了稳定的经济增长率。

A. 区域经济成就

2. 当前经济实力增强的格局反映出各国基础广泛的扩大,最为引人注目的是转型经济国家和发展中经济国家。其中许多国家早些时候采取了稳定措施和不断进行结构调整,这些工作的效果减少了阻碍贸易的壁垒和提高了它们出口产品的竞争力。因此,当1993年以后国际需求增强之时,它们具有更大的能力扩大出口。同时,90年代初以来强劲的金融流动势头也有力地补充了国内资源。

3. 20世纪80年代许多发展中国家高失业率和贫困程度加剧而造成长期经济衰退,根据这种背景,在解释最近这种经济成就的提高时必须持谨慎的态度。在转型经济国家中,只有波兰一国才重新达到了它开始转型时已有的收入水平。许多发展中国家仍然债台高筑,非洲、拉丁美洲和西亚许多国家目前的人均收入水平依然没有达到1980年的水平。虽然过去3年中较强的经济增长势头可能成为世界经济的转折

点,但只有依靠适当的国家政策和国际发展,才将使当前的改善局面得以持续下去。

1. 发达经济国家

4. 发达经济国家当前经济复苏的特点是经济增长率仍然不高,实际工资几乎处于停滞状态,而且失业率居高不下。与此同时,若干国家通货膨胀率大幅度降低,而且预算赤字也正在减少。结构问题依然存在,特别是在劳动力市场和社会保障体系方面。目前,只有联合王国和美国的失业率低于80年代的平均水平。欧洲联盟(欧盟)的失业率徘徊在1994年11.2%的高峰水平上。虽然经济增长的势头可望在近期内加强,但宏观经济政策紧缩的态势制约复苏的程度,这种态势的目的是为长远更强劲的增长打基础。许多国家的政策正在发现,特别是由于人口的因素,它们难以兑现先前作出的提供社会福利的承诺,因此正在审查和修正它们的社会方案。

2. 转型经济国家

5. 许多转型国家由中央计划经济向市场经济转变的过程始于1989年,这种转变导致产出的急剧下降。波兰于1992年恢复正增长。随后,越来越多的中欧和东欧转型经济国家和波罗的海国家的经济也相继出现正增长。尽管最近情况好转,但除了一个中欧的东欧转型经济国家外,其余所有国家的产出仍然低于80年代早些时候的水平。依靠投资和出口的实力,中欧和东欧经济转型国家可望实现持续的经济复苏。许多独立国家联合体(独联体)的成员,其转型过程开始得较晚,迄今为止尚未从经济衰退中摆脱出来,尽管据报告称,产出的下降速度已经放慢,而且部分独联体国家现已出现正增长。

表 1.1. 世界产出的增长, 1981—1996 年
(年度百分比变化)

地区、国家或区域	1981 - 1990	1991	1992	1993	1994	1995 ^a	1996 ^b
世界 ^c	2.9	0.3	1.1	0.9	2.4	2.4	2 ^{1/2}
发达经济国家	2.9	0.7	1.6	0.7	2.7	2.0	2
转型经济国家 ^d	2.0	-8.6	-12.0	-6.9	-8.9	-1.8	2
发展中经济国家, 其中	3.1	3.5	4.9	5.0	5.5	5.2	5 ^{1/2}
拉丁美洲和加勒比地区	1.2	2.9	2.2	3.0	4.6	0.9	2 ^{1/2}
非洲	2.0	1.3	0.9	0.4	2.5	2.7	4
西亚	-1.3	-0.2	5.7	2.6	0.6	3.1	3
南亚和东亚, 其中	6.0	5.4	5.2	5.5	6.7	7.1	6 ^{3/4}
南亚 ^e	5.3	2.7	3.9	3.9	5.2	5.9	6
中国	9.0	8.0	13.2	13.4	11.8	10.2	9
备忘项:							
人均产出增加的国家数 ^f	74	69	73	62	93	103	109

资料来源: 联合国/经社资料和政策分析部。

a. 初步估计。

b. 预测, 部分以项目 LINK 为基础。

c. 计算为各国国内生产总值增长率的加权平均数, 其中权数以国内生产总值 1988 年价格和汇率为基础。用于总计的备选加权法使用从以“国际美元”表示的国内生产总值求出的国别权数, “国际美元”由本币换算而来, 使用购买力平价作为汇率。根据这一方法, 全世界年均国内生产总值增长率为: 1981 至 1990 年为 3.2%, 1995 年为 3% (见《1996 年世界经济和社会概览》, 第 300—301 页及表 A.1)。

d. 根据报告的国内生产总值, 它严重低估好几个国家的活动。

e. 孟加拉国、印度、尼泊尔、巴基斯坦和斯里兰卡。

f. 抽样的国家数为: 1981—1990 年及 1991 年: 122 个; 1992 年: 136 个; 1993—1996 年: 137 个。

6. 国内外的投资对日益下降的预算赤字和通货膨胀、经济改革和不断增长的需求作出了反应。通过加深与发达经济国家特别是欧盟各成员国的联系,以及进行经济改革,这些经济国家现已显示出强有力的出口增长势头。区域内部贸易的恢复(后面讨论)也推动了需求的增长。大多数国家的失业率仍然居高不下,而且只有依靠持续的结构调整和经济增长,高失业率才可望随着时间的推移而下降。

7. 在过去几年经济衰退而且常常伴随高通货膨胀期间,许多转型经济国家不得不面对建设社会保障网这一令人不寒而栗的任务,例如提供失业救济和退休金及保健服务,以取代在集中规划体制下盛行的,主要由政府指导和以企业为基础的体系。

3. 发展中国家

8. 发展中国家的经济增长势头于20世纪90年代初开始增强(见表1.1)。自从1993年以来,经济增长的面不断扩大,增长的国家数日益增加,不仅迅速增长的南亚和东亚各国及中国,以及拉丁美洲中等收入的经济国家,人均国内生产总值有所提高,而且较低收入的发展中国家也有所提高,其中许多是非洲的最不发达国家。从91个发展中国家的抽样来看,估计1996年有75个国家的人均国内生产总值有所提高,而1993年只有50个国家的人均国内生产总值有提高。在75个国家中,22个为最不发达国家。不过,人均产出增长的幅度不大,多数情况下不足2%。由于长期以来经济业绩表现很差,这种小幅度的好转还不足以使非洲和拉丁美洲各国1996年的人均国内生产总值超过1980年的水平(见图1.1)。

9. 国内稳定政策和结构调整政策,以及国际经济环境,是20世纪90年代发展

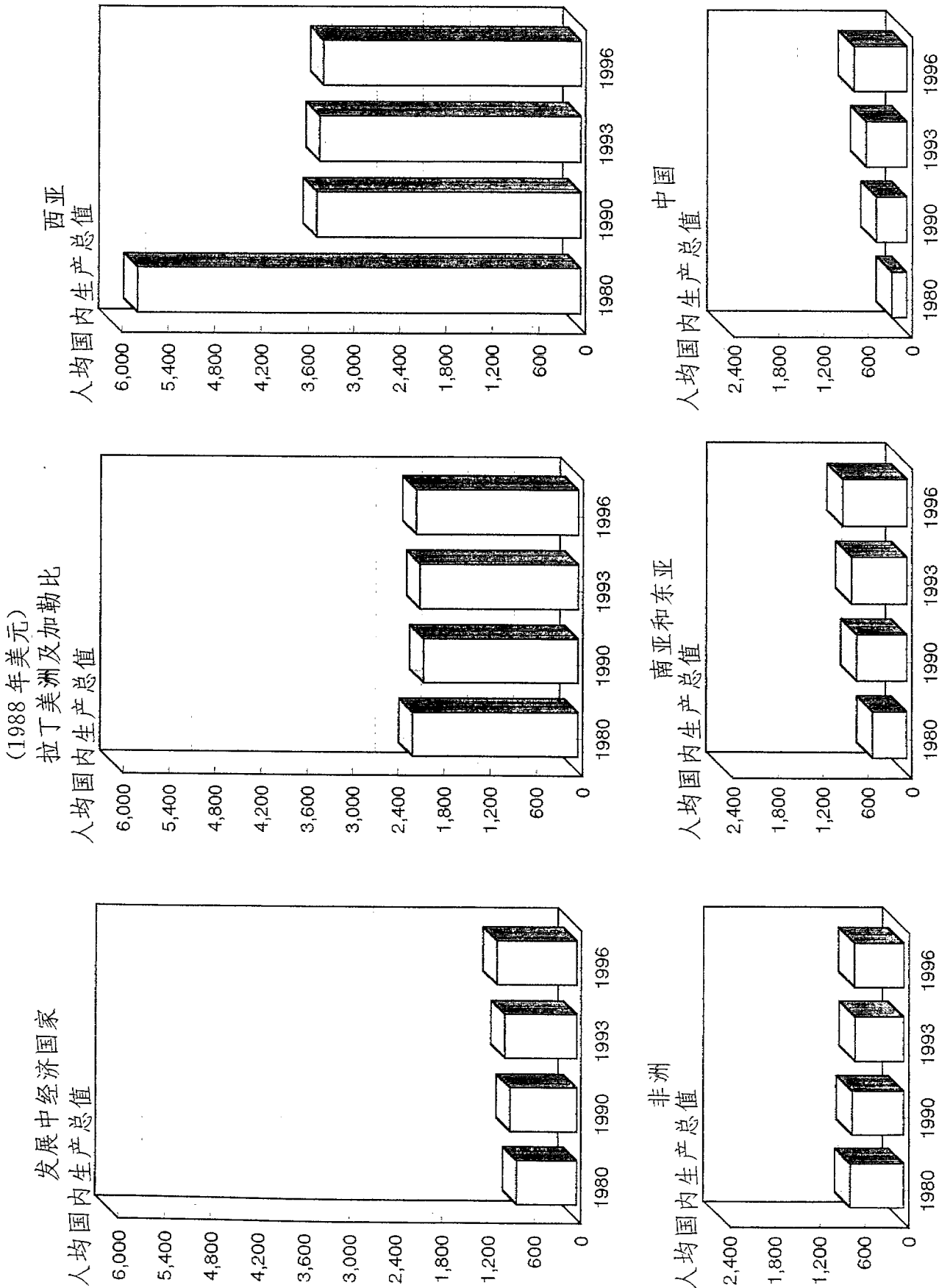
中国家经济增长的主要决定因素。主要拉丁美洲国家成功推行的稳定和经济改革方案所产生的经济复苏在1994—1995年墨西哥金融危机后陷于停顿。危机暴露出几个拉丁美洲国家金融系统的脆弱性,并且迫使它们采取新的调整举措。仍然很高的失业率和贫困程度因经济逆转而加剧了。但是,20世纪90年代初实现的通货膨胀率的大幅度降低的局面大体上得以维持,而且由于得到流入的大量资金、强劲的出口和较强的国内需求的支撑,该地区的经济增长显然正在超过1995年的水平。

10. 好几个非洲经济国家最终显示出迹象表明,它们正在从过去15年经济衰退的局面中摆脱出来,1995年的经济情况有所好转,而且1996年越来越多的国家的增长势头进一步增强。要求大幅度增加,而且非石油商品的国际价格上涨,促进了商品出口国家的经济增长。部分国家由于稳定措施取得进展,实行结构调整和货币贬值,例如非洲金融共同体法郎区的货币贬值,竞争力有所提高,这也推动了出口。有些国家干旱的结束和暴力冲突的缓解也有助于增长。

11. 然而,非洲增长势头继续增强的前景捉摸不定。存在着严重的结构制约因素阻碍撒哈拉以南非洲的长期增长。出口结构单调,严重依赖于商品的出口,使该地区各经济国家很容易由于国际商品市场不稳定而受到损害。基础设施严重不足,阻碍私人投资和破坏扩大出口的努力。对实物资源和人力资源投资少,而且外债负担大,造成减轻这些制约因素的工作甚至变得更加困难。

12. 西亚的经济趋势主要由下列因素造成:国际石油市场的事态发展、该地区的和平进展、预算整顿和结构改革。好几个石油输出国最近开始了财政整顿的进程,以对海湾战争费用和飞跌的原油价格增大的预算赤字作出反应。尽管最近原油价格上扬,上述行动抑制了该地区的增长。可以预期,政府支出的削减将精简国营企业部

图 1.1. 发展中经济国家人均国内生产总值：1980—1996 年



资料来源：联合国/经社资料和政策分析部。

注：国内生产总值根据汇率计算。

门和限制先前由政府提供资金的社会福利的范围。失业情况现已变得更为严重和广泛，甚至扩大到了雇佣大批外国工人的那些国家。

13. 20世纪90年代中东和平进程取得的进展改善了石油进口国——特别是以色列、约旦和黎巴嫩——的私人投资环境。自从1994年以来，生产和基础设施方面的国内外投资明显增加，因此这些国家的经济出现了增长。

14. 南亚和东亚的经济增长在1993年以后明显加快了速度，从90年代初本已很高的水平提高到7%左右（见表1.1）。许多迅速增长的国家受益于强劲的国内外投资，包括大量的基础设施投资。此外，该地区旺盛的出口增长——每年平均14%左右——得到了日元急剧贬值、区域内部贸易的强有力的增长和发达国家进口需求的恢复的推动。大量的资金流入其中的许多国家，提供了额外的刺激因素。到1995年，持续的高增长率开始对物价产生上涨的压力。在有些国家，特别是马来西亚和泰国，由于进口的强劲增长，主要是投资所需的资本货物的进口增长，对外帐户赤字恶化到无法维持的高水平（9%和7.5%）。作为反应，紧缩了货币政策。迄今为止，这一政策态势和呆滞的出口增长节制了经济增长。

15. 在自本十年初以来成功地推行宏观经济稳定和经济改革的那些国家，特别是印度、菲律宾和越南，最近几年经济增长的速度大大加快了。与此同时，部分南亚经济国家即孟加拉国、巴基斯坦和斯里兰卡，在减少预算赤字和经常项目赤字方面遇到了障碍，由于政治冲突、工潮或持续不断的宗派暴力，这两种赤字都扩大了。这些赤字反过来又抑制了经济的增长。

16. 中国在90年代初出现了强劲的经济恢复势头，1993年达到了增长高峰，

即约 13.5%。但是，由于通货膨胀加剧，导致政府实施紧缩的货币政策和对投资的行政控制。这些措施将通货膨胀率控制在 10% 左右，同时又保持了高增长率（9—10%）。强劲的国内外投资、大量的资金流入和强劲的出口增长是造成中国经济在过去几年中实力增强的主要因素。

B. 国际经济环境

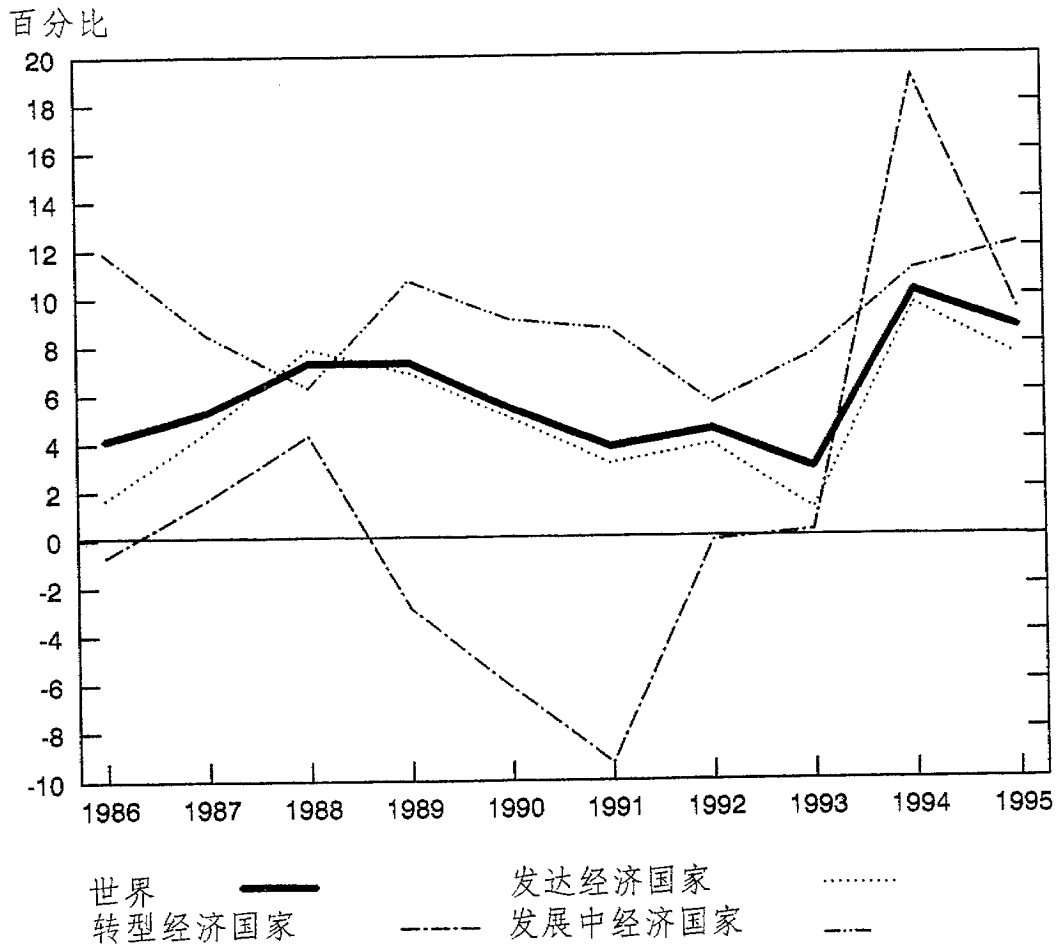
17. 国内因素是国家经济增长的主要决定因素。随着越来越多的国家加强贸易和金融自由化，国际贸易和资金流动方面的活力和活跃对经济情况也起着重要的作用。

1. 世界贸易

18. 在过去的十年中，世界贸易活跃的程度大大提高了。世界贸易额的年平均增长率从本十年头三年只有 3.5% 提高到 1994 年的 10%，尽管 1995 年又回落到 9% 以下（见图 1.2）。1996 年的增长速度进一步放慢到大约 5.5%。1994 年的回升受到发达经济国家强劲的进口需求的驱动，这种需求是这些国家的经济复苏和汇率的重新调整产生的。作为这种趋势的组成部分，石油和非石油商品的国际价格大幅度上扬，从而增加了商品出口国的出口收益。南亚和东亚的许多经济国家扩大了技术较先进的“信息时代”货物的出口，这些商品不大会受到周期性需求的损害，因而能够在 20 世纪 90 年代维持高速的出口增长。

19. 区域性的经济一体化也有助于国际贸易的增长。为对各国之间变化着的生产专业化作出反应，进行了区域内部的投资，在这种投资的促进下，亚洲内部的贸易

图 1.2. 出口额的增长, 1986—1995 年



资料来源:《1996 年世界经济和社会概览》, (纽约, 联合国), 表 A.19。

注: 由于缺乏数据, 转型经济国家不包括前苏联。

表 1.2. 资本输入发展中国家外来资金流量余额, 1985—1995 年
(10 亿美元)

来源	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995 ^a
通过直接投资的流量											
投资流量净额	8.3	6.1	9.3	15.4	17.4	16.8	22.7	30.9	46.8	58.7	63.6
直接投资收入: 净额	-8.7	-7.9	-8.9	-9.9	-11.5	-12.9	-12.6	-13.7	-16.2	-17.0	-17.8
资产流动净额	-0.4	-1.7	0.5	5.5	5.9	3.9	10.1	17.2	30.6	41.7	45.8
通过中长期对外私人借款的流量											
信贷流量净额	13.5	9.1	4.3	12.0	3.2	10.8	14.7	27.5	31.6	36.9	38.0
支付的利息	-38.9	-34.3	-33.5	-38.7	-32.6	-29.3	-28.1	-27.4	-24.8	-29.4	-42.3
资金流动净额	-25.5	-25.2	-29.2	-26.8	-29.4	-18.6	-13.5	0.1	6.8	7.5	-4.3
通过股票交易净额、短期借款和国内外流的流量^b: 净额											
和国内外流的流量 ^b : 净额	-11.4	-6.8	-13.5	-22.3	-10.9	-2.5	21.7	24.6	36.3	1.6	29.3
通过私人赠款的流量: 净额											
通过私人赠款的流量: 净额	-11.4	-6.8	-13.5	-22.3	-10.9	-2.5	21.7	24.6	36.8	1.6	29.3
通过官方流动的流量											
官方转移 (赠款)	10.8	10.3	11.7	12.3	13.3	17.6	17.7	15.8	12.7	10.4	10.4
官方信贷净额	19.0	18.5	16.0	13.5	20.1	22.2	20.6	16.3	17.4	10.4	35.9
支付的利息	-12.8	-15.7	-16.5	-17.9	-18.1	-20.6	-21.9	-22.1	-23.2	-24.5	-31.1
资金流动净额	-17.0	13.1	11.2	7.9	15.4	19.2	16.4	10.0	7.0	-3.7	15.2
资金流动总净额 (资金基础)											
资金流动总净额 (资金基础)	-16.5	-16.1	-26.0	-29.5	-14.3	8.2	42.6	61.4	90.2	55.0	94.0
官方储备的使用^c											
官方储备的使用 ^c	-0.8	12.0	-8.0	-2.9	-15.4	-36.4	-47.8	-47.2	-42.9	-19.4	-56.0
资金流动总净额 (支出基础)											
资金流动总净额 (支出基础)	-17.3	-4.1	-34.0	-32.4	-29.7	-28.1	-5.2	14.2	47.3	35.6	38.0

资料来源:《1996 年世界经济和社会概览》(纽约, 联合国出版物, 出售品编号 E.96.II.C.1), 表 A.27。

注:“外来资金流量余额”这一术语与“资金转移净额”的意思相同。抽样由 93 个国家组成, 不包括顺差的能源出口国 (文莱达鲁萨兰国、伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、科威特、阿拉伯利比亚民众国、卡塔尔、沙特阿拉伯和阿拉伯联合酋长国) 和最近的顺差国 (香港、新加坡和中国台湾省)。直接投资扣除了利润再投资 (现金流法); 官方信贷包括货币基金组织信贷的利用; 利息包括货币基金组织的手续费; 私人赠款包括海外常住者礼物的资金流量净额 (不包括工人的汇款) 和非政府组织的赠款。

a. 初步估计。

b. 计算为残差 [包括短期贸易融资、正常和异常的外流 (“资本外逃”)、应付利息的欠款和在国际收支数据中记录为 “有错当查” 并被假定为资金流量的其他流量]。

c. 储备的增加额列示为负数。

继续保持强劲的势头。¹随着贸易自由化和进口需求的不断增长，越来越多的拉丁美洲国家之间的区域性贸易也正大扩大。在非洲也如此，依靠更加广泛的贸易自由化和由于货币贬值——特别是非洲金融共同体法郎区的货币贬值——而提高了的竞争力，区域内部贸易的增长正在变得日益明显。

20. 自从90年代初以来，中欧和东欧转型经济国家增加了与发达经济国家的贸易，尽管如此，区域内部的贸易最近两年重新活跃了起来，其中包括中欧和东欧转型经济国家内部和这些国家与独联体国家之间的贸易。1995年，中欧和东欧转型经济国家内部贸易的价值提高了25%。自众1995年以来，独联体成员国内部贸易的增长也明晰可辨。1996年第一个季度，俄罗斯联邦向其他独联体成员国的出口增加了40%，而从其他独联体国家的进口猛增了70%。²

2. 国际资金的获得

21. 外部金融资源的获得是对国内储蓄的重要补充，可被用来为90年代发展中经济国家和转型经济国家的经济发展提供资金。流向资本输入的发展中经济国家的外来资金净额（转移净额）的余额快速增加（见表1.2）。³在墨西哥发生金融危机后，1994年有价证券的流量急剧减少。在这之后，流向南亚和东亚各国的私人资金的净额重新恢复，而且涌向了南非。流向拉丁美洲的资金恢复较慢但目前正在强劲的回升。此外，流向中欧和东欧转型经济国家的私人资金猛增。1995年国际利率的下调有助于恢复国际资金的流动，但经济情况的好转和连续不断的经济改革也起了重要的作用。这些事态发展是一些积极的迹象，表明私人资金向这些地区转移的可持续性。

22. 在本十年内,私人国际金融的重要性大大提高,这种情况具有效益和风险。接受国能够在经济上受益于这些资金,但它们为数不多(大约20个国家),而且许多低收入国家和负债累累的国家得不到照顾。此外,墨西哥的经验着重说明,短期的私人资金流动具有潜在的不稳定性,而是如果不奉行适当的政策,这种做法可能引起代价昂贵的经济调整。这一事件使人们进一步意识到,接受国必须采纳必要的政策以便将资金内流的破坏性效应缩小到最低限度。这样,现已通过国际货币基金组织(货币基金组织)作出具体的努力以鼓励健全的决策和制定保障措施来遏制另一场大规模金融危机的效应。这其中包括对成员国经济状况加强监视和在大大扩大的供资范围的支助下为陷于金融危机的国家建立应急筹资机制。⁴

23. 得不到私人资金照顾的低收入国家继续严重依赖于官方流动渠道获得净资金转移。与此同时,官方发展援助的流量已开始减少。发达的援助国一直在重新审议官方金融合作的目标和功效。有几个工业化国家国内对官方发展援助的政治支持已严重削弱,尽管许多其他国家对官方发展援助的承诺仍很有力。经济合作与发展组织(经合组织)发展援助委员会内捐助国在1995年提供的官方发展援助的金额为590亿美元,继续保持1992年以来的停滞趋势。按实际价值(考虑到价格和汇率的变动)计算,1992至1995年期间,官方发展援助的数额下降了13%。⁵而且,西亚传统捐助国和转型经济国家提供援助的能力,因石油收入减少、战争费用和转型脱节造成的经济困难而受到了破坏。

24. 许多发展中国家仍然面临着还债负担过重的困境。一方面,拉丁美洲国家已使它们与债权国的关系规范化,另一方面,许多其他的发展中国家,主要是非洲国家,仍背负着它们无法偿还的债务。巴黎俱乐部债权国、货币基金组织和世界银行就一项关于官方双边和多边债务减免的倡议缔结9月协定,因此,大幅度减轻这些发展

中国家债务负担的前景已大为改观。这一协定的重点是为“债台高筑的穷国”减免更多的债务，这些穷国目前的负债水平被评估为达到无法承受的程度，而且对经济增长的恢复构成无法逾越的障碍。⁵

25. 债务减免本身是沉重负债国家所要求的发展方案的组成部分。结清欠款和确立可持续的还债地位将提供一个机会，与结构调整和官方财政支助相结合，它能促进外国投资和私人投资，因而也促进经济增长。

注

¹ 例如，南亚和东亚的部分发展中国家与中国之间的出口，在1990至1994年期间增加了93%，而向世界的出口只增长了64%。（见贸发会议，《1996年贸易与发展报告》，纽约，联合国，1996年，出售品编号：E.96.II.D.6），第86—92页。

² 中欧和东欧转型经济国家和独联体国家的贸易统计资料来自《1996年世界经济和社会概览》（纽约，联合国），第65页。

³ 外来资金净流量余额（按金融基础计算）定义为资金净流量与投资收入付款之和。如按支出基础计算，它包括官方储备持有量的变化。要了解这一国家分组的定义，见表1.2中的注释。

⁴ 见联合国，《秘书长的报告，全球金融一体化：挑战与机遇》（纽约，1996年9月，A/51/388），第12—16页。

⁵ 见《经合组织新闻公报》[1996年6月11日，SG/COM/NEWS(96)63]，表1和2，以及经合组织，《发展合作》，发展援助委员会1995年报告（巴黎，1996年），统计附件表4。

⁶ 见国际货币基金组织，《国际货币概览》，（华盛顿哥伦比亚特区，1996年10月4日），第328—329页。

第二章 人口趋势

1. 本章的目的是审议世界人口和各区域人口的规模和增长情况，以及决定这些趋势的生育率、死亡率和国际迁移等人口统计的构成部分。

2. 本章的陈述以由经济及社会资料和政策分析部人口司编制的全球人口和人口统计估计和预测的联合国 1996 年订正版的结果为基础。¹如在过去的订正版中一样，人口估计和预测是为全世界、较发达区域²、欠发达区域³、最不发达国家⁴、6 个主要地区⁵、20 个区域⁶和 228 个国家或地区编写的。介绍的人口和人口统计估计数是从经过评估的现有国别数据求出的，而且每当必要时就人口普查的少计和重大事件记录不充分等情况作了调整。关于全世界、主要地区和各区域等的估计数是各国估计和预测的总计数。

3. 从 1950 至 1995 年，每隔 5 年提供一次人口估计数，而人口预测采用构成法，自 1995 至 2050 年，每隔 5 年进行一次预测。对每个国家在生育率（3 个变量）、死亡率（1 个变量）和国际迁移（通常 1 个变量）方面的未来趋势作了假定。

4. 1996 年订正版新宣布的数据大体上证实 1994 年订正版得出的结论：20 世纪 90 年代头 5 年与上个十年相比，人口增长率明显降低，生育率下降，死亡率更趋多样化，而且人口迁移的数量增加。实际上，1996 年订正版表明，人口增长率下降得更快，各国生育率下降的范围更广，程度更深，而且移民数量也比原先估计的要大。

表 2.1. 世界人口、过去的估计和中等变量预测

年	人口 (10 亿)
1950	2.52
1995	5.28
1996	5.77
2000	6.09
2015	7.29
2025	8.04
2050	9.37

资料来源：联合国，《世界人口展望：1996年订正版》（纽约，联合国出版物，即将出版）。

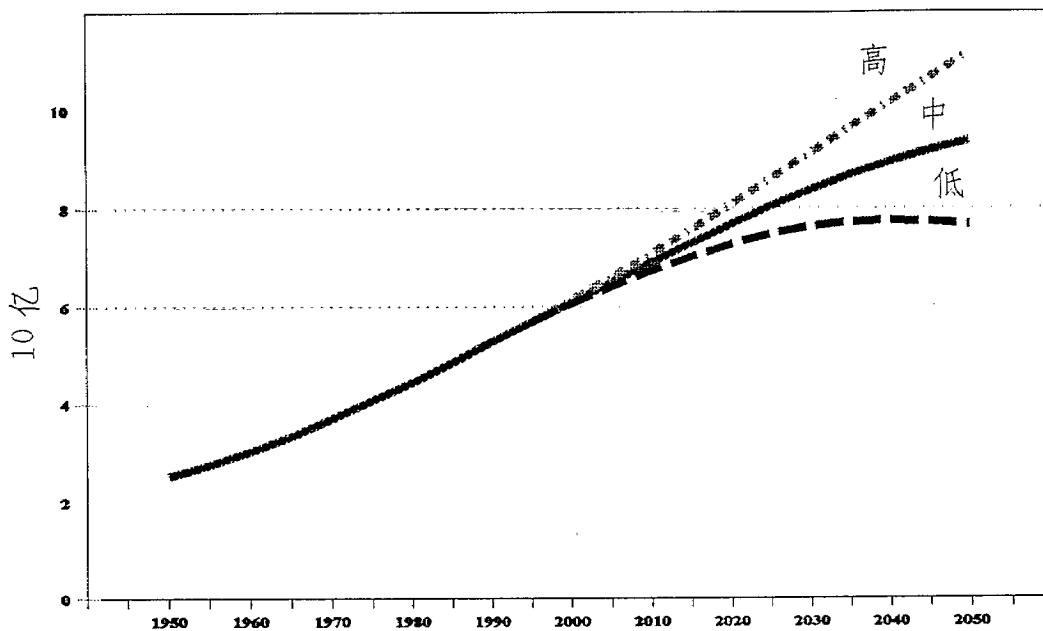
A. 人口规模和增长

5. 1996年年中，世界人口总数为57.7亿（表2.1）。自从1995年年中以来，世界人口增加了8,100万，而且这一年增长率水平预计将持续到2000年。目前，世界人口的80%即45.9亿生活在欠发达区域。较发达区域的人口总数为11.9亿。

6. 1990至1995年，世界人口每年增长1.48%，明显低于过去20年中世界人口增长率1.72%。目前的人口增长率是第二次世界大战以来的最低点，而且标志着60年代中期至70年代中期人口增长率下降趋势的恢复。

图 2.1. 世界人口增长，1950—2050 年

(估计数和中、高、低变量)



资料来源：联合国，《世界人口展望：1996 年订正版》（纽约，联合国出版物，即将出版）。

7. 联合国中等生育率变量的预测表明，人口增长率将继续下降，从1995至2000年的1.37%降至2045至2050年的0.45%。因此，据预测，世界人口到2000年将达到60.9亿，到2050年达到93.7亿（图2.1）。

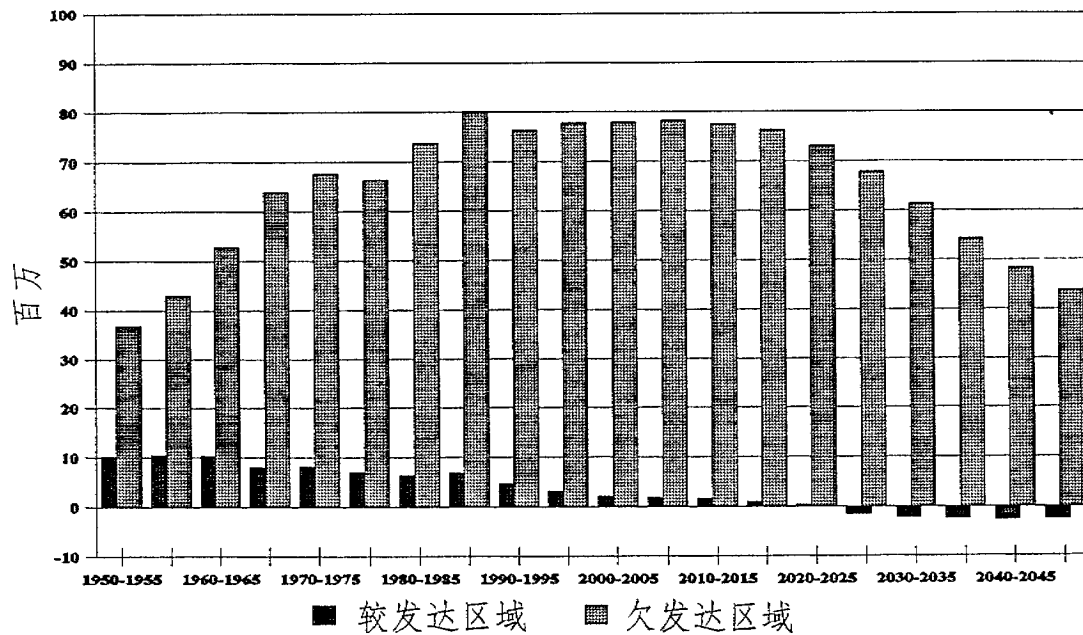
8. 尽管增长率在下降，但世界人口的年增量仍将保持稳定不变，直到2025年以前每年增加8,000万左右，在这之后将逐步减少到2045至2050年期间每年增加4,100万，大约为目前年增量的一半左右（图2.2）。

9. 1950至1996年，欠发达区域的人口增加了168%，而较发达区域增长了45%。1990至1995年期间，欠发达区域的人口每年增加1.8%。同期较发达区域人口的年增长率为0.4%（表2.2）。根据中等变量的预测，欠发达区域的人口在1996至2050年期间将再增长79%。相比之下，较发达区域的人口预计到2025年增加到12.2亿，在这之后将下降，这样，在2050年的人口将比1996年减少1%。

10. 通过审议较发达区域和欠发达区域人口总数平均年度增量，也许最能说明各区域间人口增长率差异的重大后果。1950至1955年，世界人口的年增量为4,700万。在这一总数中，22%来自较发达区域，78%来自欠发达区域。到1990—1995年时，年增人口的6%来自较发达区域，而94%来自欠发达区域。到2045—2050年，较发达区域的人口可望呈下降趋势，这样，全部净增人口都将来自欠发达区域。

11. 48个最不发达国家的特点是生育率、死亡率和人口增长率均高于欠发达区域的其他国家。1950至1995年间，最不发达国家的人口增加了193%，而其他欠发达国家增加了160%。而且到1995年，共有5.79亿人生活在最不发达国家。1950至1995年间，最不发达国家人口年增长率为2.6%，比欠发达区域其他国家的年增

图 2.2. 年均人口增长情况：世界和
较发达区域及欠发达区域，1950—2050 年



资料来源：联合国，《世界人口展望：1996年订正版》（纽约，联合国出版物，即将出版）。

长率几乎高出整整1个百分点。实际上，在此期间，48个最不发达国家占了世界人口增长总数的17%。

12. 世界各主要地区的人口分布和人口增长率相互差异明显，目前和历史上都如此。1950至1995年，非洲人口从2.24亿增至7.2亿。非洲每年的平均增长率2.6%（总共增长221%）为同期最快的人口增长率。自1950年以来，拉丁美洲和亚洲的人口也以2%以上的速度增长。拉丁美洲人口以2.3%的年增长率增长，从1950年的1.66亿增至1995年的4.77亿。亚洲人口以每年2%的速度增长，1995年总数达到34亿。相比之下，欧洲人口每年仅以0.6%的速度增长。在1950—1995年期间，欧洲是年增长率低于1%的唯一主要地区。

13. 1990—1995年期间，非洲的人口年增长率继续位居榜首，达到2.7%。拉丁美洲及加勒比地区的年增长率整整低1个百分点（1.7%）。亚洲以每年1.5%的速度增长，大洋洲为1.4%，北美为1.0%。

14. 欧洲的人口增长速度最慢，差不多处于静止不变的状态。近来，欧洲四个区域出现了非常不同的趋势。1990—1995年期间，西欧的人口年增长率在较发达区域中为最高。目前的增长率高于1980—1985年期（0.14%）或（1985—1990年期（0.49%）。增长速度提高的主要原因是进入该区域（特别是德国）的移民人数不断增加：1980至1985年期间15.3万人，1985至1990年期间279万人，1990至1995年期间420.8万人。相比之下，1990—1995年期间，东欧的人口增长率转为负数，这几年的特点是人们移居国外，生育率急剧下降，死亡率上升或不升不降。

表 2.2. 世界、较发达区域、欠发达区域和主要地区的人口增长率

	1950—1955	1990—1995	2045—2050
世界	1.8	1.5	0.5
较发达区域	1.2	0.4	-0.2
欠发达区域	2.1	1.8	0.6
最不发达国家	1.9	2.6	1.1
非洲	2.2	2.7	1.1
亚洲	1.9	1.5	0.3
其中，中国	1.9	1.1	-0.1
印度	2.0	1.8	0.4
欧洲	1.0	0.2	-0.4
拉丁美洲及加勒比地区	2.7	1.7	0.5
北美洲	1.7	1.0	0.1
大洋洲	2.2	1.4	0.4

资料来源：《世界人口展望：1996年订正版》（联合国出版物，即将出版）。

15. 南欧的人口增长率在过去的15年中呈下降趋势，1975—1980年期间年均增长率为0.80%，1980—1985年期间为0.41%，1985—1990年期间为0.33%，而在1990—1995年期间为0.04%。南欧的总生育率急剧下降，从1975—1980年期间每名妇女生育2.3名子女降至1990—1995年期间1.4名子女，这是该区域增长率减慢的关键因素。北欧的人口增长率为每年0.2%，与1985—1990年相比下降一半，并且与1975—1985年期间大体持平。这些趋势符合生育率的动向；数据表明，北欧的

生育率在 1975—1985 年期间降至最低点，每名妇女生育 1.81 个子女，1985—1990 年小幅度上升至 1.84 个，1990—1995 年又回跌至 1.81 个。

16. 1990—1995 年期间世界人口每年所增加的 8,100 万中，6,900 万 (85%) 为亚洲人和非洲人。在这一总数中，5,100 万 (63%) 为亚洲人 (中国增加 1,300 万，印度增加 1,600 万)。

17. 中等变量的预测表明，1995 至 2000 年，非洲人口将增长 184%。2050 年预测的人口数 2.1 亿几乎将为其 1995 年人口的 3 倍，1950 年人口的几乎 10 倍。预测的非洲人口增长率远高于任何其他主要地区。1995 至 2050 年期间，据预测，拉丁美洲及加勒比地区的人口将增加 70%，亚洲将增加 58%，北美将增加 30%。欧洲的人口据预测在这些年中将下降 13%。

B. 生育率

18. 1980—1985 年至 1990—1995 年这十年的估计数表明，世界平均总生育率继续下降，而且 1990—1995 年期间下降的速度略快于以往时期。在此十年中，世界总生育率下降了 17%，从每名妇女产 3.6 个降至 3.0 个。然而，世界的平均数掩盖了国家间和区域间的巨大差异。实际上，1990—1995 年期间，较发达区域的平均总生育率为每名妇女只生育 1.7 个，而最不发达国家生育 5.5 个 (见表 2.3)，这种差异有力地反映出社会经济发展方面和两组国家间在避孕普及程度方面的差异。

19. 估计数表明，欠发达区域的生育率依然较高。非洲的生育率继续名列第一。1980—1985 年非洲的总生育率几乎为其他欠发达区域的两倍：非洲每名妇女生育

6.3 个，而拉丁美洲生育 3.8 个，亚洲生育 3.7 个。到 1990—1995 年，尽管非洲总生育率缓慢持续地下降，据估计这种生育率仍高至 5.7 个，而拉丁美洲为 2.9 个，亚洲为 2.8 个。十年间下降 10%，这种下降幅度不到亚洲和拉丁美洲的一半（见表 2.3）。

20. 在非洲内部，也存在着巨大的区域差异。中非、东非和西非的生育率最高，每名妇女平均生育 6.4 个子女，而且在过去的十年中，生育率几乎没有下降：东非和西非分别下降 7% 和 5%，中非下降 2%。相反，在北非和南部非洲，总生育率低得多，每名妇女生产 4.1 个和 4.2 个，北非下降 27%（十年中下降幅度位居世界第一），而南部非洲下降 14%（见表 2.3）。现代化、经济发展、社会变革和避孕器具使用方面的差异是生育率变化不同格局的基本原因。

21. 由于进行了大量的近期人口调查，因此现在能够对非洲生育率格局作更为深入的评估和了解。在 20 世纪 70 年代，非洲的高生育率由撒哈拉以南非洲国家维持，这些国家的生育率超过了每名妇女 7 胎或甚至 8 胎，而在 90 年代，其中大部分国家生育率大幅度下降，尤其是肯尼亚，其总生育率从 1977—1978 年度的 8.0 个降至 1990—1993 年期间的 5.4 个，以及卢旺达，其总生育率从 1978—1983 年期间的 8.5 个降至 1989—1992 年间的 6.2 个。但是，撒哈拉以南非洲下降的大部分发生在 80 年代开始生育率过渡的那些国家。总生育率下降幅度最大的是北非，尤其是阿尔及利亚，其总生育率从 1970 年的 8.1 个降至 1987—1992 年间的 4.4 个。在埃及和摩洛哥，生育率也降至 5.0 个以下，突尼斯于 1992 年降至 3.3 个。非洲总生育率最低的是毛里求斯 1990 年的 2.3 个；最高的 7.4 个——世界第三高——在尼日尔。

22. 在过去的十年中，亚洲和拉丁美洲的生育率出现了类似的下降趋势，约为

24%，1990—1995年期间的总生育率相类似，每名妇女生育2.8胎和2.9胎。不过，这两大地区的区域性生育格局颇不相同。在亚洲，总体平均数掩盖了较大的区域性差异。1990—1995年期间，总生育率的差数超过每名妇女两胎，从东亚低于1.9胎的置换水平到西亚和中南亚的4.1胎和3.7胎不等。各国水平之间的差异甚至还要大：加沙的总生育率8.8胎和也门的总生育率7.6胎为全世界最高水平，而位于另一极端的日本，它报告的总生育率为1.5胎。亚洲从1980—1985年期至1990—1995年期下降24%，这是东亚人口稠密/生育率低的国家快速下降（24%）（生育率下降很容易用中国生育率急剧下降来解释）和西亚高生育率国家较小幅度的下降（18%）的结果（见表2.3）。

23. 在拉丁美洲，平均总生育率水平较为平均。1990—1995年期间，摆动幅度在加勒比地区的2.7胎至中美洲的3.4胎之间。不过，部分加勒比岛屿，例如巴哈马群岛、巴巴多斯和古巴，偏离了这一范围，这些岛屿在1990—1995年间的总生育率低于人口置换水平。位于图表另一端的是洪都拉斯，其1990—1995年的总生育率为4.9胎。20世纪90年代期间，中美洲生育率下降幅度在拉丁美洲位居第一（24%），其总生育率从4.5胎降至3.4胎。

24. 在较发达区域，总体情况没有什么变化。平均总生育率处于1.7至1.8胎的范围内，该区域在过去十年间的生育率低于置换水平，整个总生育率只下降了6%。不过，在较发达区域内部，也存在巨大的差异。在欧洲，总生育率继续下降，从每名妇女1.9胎降至1.6胎，十年间下降了约16%，反映出欧洲不同区域生育率趋势的补偿效果。北欧的平均总生育率保持不变（1.8胎），而南欧则下降了20%以上，从1980—1985年间的1.8胎降至1990—1995年间的1.4胎。在东欧，总生育率从2.1胎降至1990—1995年间的1.6胎，在西欧，从1.6胎降至1.5胎（表2.3）。到

1990—1995年，欧洲最低的总生育率在意大利，为1.2胎，最高的在阿尔巴尼亚，为2.9胎。

表 2.3. 估计的生育率和百分比变化：世界各大地区和区域，
1980—1985年，1985—1990年和1990—1995年（百分比）

各大地区和区域	总生育率 ^a			百分比变化		
	1980—	1985—	1990—	1980—1985	1985—1990	1980—1985
	1985	1990	1995	to	to	to
	1985—1990	1990—1995	1990—1995	1985—1990	1990—1995	1990—1995
世界合计	3.6	3.4	3.0	-5.6	-11.8	-16.7
较发达区域	1.8	1.8	1.7	0.0	-5.6	-5.6
欠发达区域	4.1	3.8	3.3	-7.3	-13.2	-19.5
最不发达国家	6.4	6.0	5.5	-6.3	-8.3	-14.1
非洲	6.3	6.0	5.7	-4.8	-5.0	-9.5
东非	6.9	6.7	6.4	-2.9	-4.5	-7.2
中非	6.5	6.5	6.4	0.0	-1.5	-1.5
北非	5.6	4.8	4.1	-14.3	-14.6	-26.8
南部非洲	4.9	4.5	4.2	-8.2	-6.7	-14.3
西非	6.7	6.6	6.4	-1.5	-3.0	-4.5
亚洲	3.7	3.4	2.8	-8.1	-17.6	-24.3
东亚	2.5	2.4	1.9	-4.0	-20.8	-24.0
东南亚	4.9	4.4	3.7	-10.2	-15.0	-24.5
南亚	4.2	3.6	3.2	-14.3	-11.1	-23.8
西亚	5.0	4.7	4.1	-6.0	-12.8	-18.0
欧洲	1.9	1.8	1.6	-5.3	-11.1	-15.8
东欧	2.1	2.1	1.6	0.0	-23.8	-23.8
北欧	1.8	1.8	1.8	0.0	0.0	0.0
南欧	1.8	1.6	1.4	-11.1	-12.5	-22.2
西欧	1.6	1.6	1.5	0.0	-6.3	-6.3
拉丁美洲	3.8	3.3	2.9	-13.2	-12.1	-23.7
加勒比地区	3.1	2.9	2.7	-6.5	-6.9	-12.9
中美洲	4.5	3.9	3.4	-13.3	-12.8	-24.4
南美洲	3.7	3.2	2.8	-13.5	-12.5	-24.3
北美洲	1.8	1.9	2.0	5.6	5.3	11.1
大洋洲	2.6	2.5	2.5	-3.8	0.0	-3.8

资料来源：联合国，《世界人口展望：1996年订正版》，（纽约，联合国出版物，即将出版）。

a. 每名妇女生育胎数。

25. 在北美，生育率呈上升趋势，总生育率从1980—1985年的1.8胎演变至1990—1995年的2.0胎，增长了大约11%。在澳大利亚和新西兰（大洋洲的发达国家），同期生育率保持不变，而整个大洋洲的总生育率仍在2.6至2.5胎的范围内摆动（表2.3）。

C. 死亡率

26. 大多数国家的死亡率继续下降。就全球而言，预期寿命在1990—1995年间达到64.3岁，自1970—1975年间以来提高了6.4岁。较发达区域的预期寿命为74.2岁，比欠发达区域（62.1岁）高出12岁多，而后者又比最不发达国家（49.7岁）高达12岁多（表2.4）。预期寿命最高的主要地区是北美（76.2岁）、欧洲（72.7岁）和大洋洲（72.9岁）。最低的地区是非洲（51.8岁）。亚洲和拉丁美洲处于中间状态，预期寿命分别为64.5岁和68.5岁。1990—1995年期间，三个区域的平均预期寿命低于50岁：东非、中非和西非。全世界最低的预期寿命在卢旺达（22.6岁）、塞拉利昂（34.4岁）和乌干达（41岁）。据估计，北欧、南欧、西欧、北美、澳大利亚和新西兰的平均预期寿命超过75岁。日本的预期寿命为世界最高，达到79.5岁，接下来是冰岛78.8岁和加拿大78.5岁。

27. 以东非、中非和西非为一方和以北非和南部非洲为另一方的预期寿命之间的差距在过去的20年中拉大了。东非、中非和西非的预期寿命在20年间只提高了2至7岁，而在北非和南部非洲，预期寿命提高了10岁左右。东非、中非和西非受获得性免疫缺损综合症（艾滋病）流行的打击最严重，连同战争及其效果结合在一起，这种疾病的流行部分解释预期寿命差距日益拉大的原因。

表 2.4. 世界各大地区和区域预期寿命和
婴儿死亡率的估计, 1990—1995 年

	预期寿命			婴儿死亡率 ^a
	两性	男	女	
世界	64.3	62.2	66.5	62
较发达区域	74.2	70.4	78.0	11
欠发达区域	62.1	60.6	63.7	68
最不发达国家	49.7	48.7	50.8	109
非洲	51.8	50.4	53.3	94
东非	46.7	45.4	48.0	108
中非	51.0	49.3	52.7	97
北非	62.1	60.8	63.4	67
南部非洲	62.1	59.3	64.9	55
西非	49.5	48.0	51.1	98
亚洲	64.5	63.2	66.0	62
东亚	69.7	67.6	71.9	41
中南亚	60.4	59.9	60.8	78
东南亚	63.7	61.7	65.6	54
西亚	66.3	64.4	68.4	60
欧洲	72.7	68.5	76.9	13
东欧	68.2	63.0	73.6	19
北欧	75.8	72.8	78.8	7
南欧	76.0	72.7	79.3	11
西欧	76.7	73.2	80.2	7
拉丁美洲	68.5	65.3	71.8	40
加勒比地区	68.5	66.4	70.8	43
中美洲	70.5	67.6	73.4	37
南美洲	67.8	64.4	71.4	41
北美洲	76.2	72.8	79.5	9
大洋洲 ^b	72.9	70.3	75.6	26
澳大利亚和新西兰	77.4	74.5	80.3	7

资料来源：联合国《世界人口展望：1996年订正版》，（纽约，联合国出版物，即将出版）。

a. 每 1,000 胎死亡数。

b. 包括美拉尼西亚、密克罗尼西亚和波利尼西亚。

28. 在欧洲各区域, 1970—1975 年期至 1990—1995 年期, 预期寿命提高了约 3 至 5 岁, 但东欧例外, 那里的预期寿命从 1970—1975 年期的 69.4 岁下降到 1990—1995 年期的 68.2 岁。到 1980—1985 年期, 预期寿命降至 69 岁的情况已经很明显。这些缩短大都可以归因于心血管病引起的死亡率的提高。⁷1989 至 1993 年期间, 情况恶化了, 因为心血管病、癌症、消化疾病、传染病和外部原因——包括自杀和事故——引起的死亡率都提高了。⁸受影响最为严重的是 20 岁至 59 岁的男子。

29. 妇女可望比男子平均多活 4 岁左右。就全世界而言, 男子的预期寿命是 62.2 岁, 而女子的寿命为 66.5 岁 (表 2.4)。在较发达区域, 男女之间的这一差距高达 7 岁, 而在欠发达区域, 女子比男子只多活 3 岁。在世界各大地区, 男女之间预期寿命的差距在 1970—1975 年期至 1990—1995 年期之间有所加大或保持不变。不过, 在北美, 在过去的 20 年中, 女子的预期寿命提高了 4 岁, 而男子的预期寿命提高了 5 岁, 从而将男女之间的差距从 7.7 岁缩小至 6.7 岁。非洲男女之间的差距也略有缩小, 从 3.1 岁缩短至 2.9 岁, 而大洋洲从 5.4 岁缩短至 5.3 岁。

30. 中南亚男女之间预期寿命的差距最小, 男子的预期寿命比女子的只小 1 岁不到。1970—1975 年间, 男子的预期寿命为 50.8 岁, 比女子的高出 1.2 岁。但在过去的 20 年中, 女子增加的幅度大于男子: 到 1990—1995 年间, 女子的预期寿命高出 0.9 岁。东欧在预期寿命方面的性别差距最大。东欧 1990—1995 年间预期寿命为 73.6 岁的妇女可望比男子多活 10.6 岁, 而在 1970—1975 年间可望多活 8.6 岁, 差距拉大了。造成此种差距日益扩大的主要原因是男子的预期寿命缩短, 从 1970—1975 年间的 64.8 岁降至 1990—1995 年间的 63.0 岁。相比之下, 同期女子的预期寿命从 73.4 岁提高到 73.6 岁。

31. 1990—1995年期间，世界婴儿死亡率估计为每1,000胎死亡62人（表2.4）。在较发达区域，婴儿死亡率为11‰，但是欠发达区域对应的比率为这一数字的6倍多，即68‰。虽然较发达区域与欠发达区域婴儿死亡率之间的差距从1970—1975年间的83降至1990—1995年间的57，但是欠发达区域与较发达区域婴儿死亡人数的比率却从1970—1975年间的5:1扩大到1980—1985年间的几乎6:1，而且1990—1995年间略高于6:1。

32. 1990—1995年期间，婴儿死亡率在两大地区估计高于60：非洲，每1,000活产死亡74例，亚洲，每1,000活产死亡62例。非洲除南部非洲以外的所有区域，婴儿平均死亡率都高于每1,000活产死亡90例。在另一极端，北欧、西欧、北美、澳大利亚和新西兰的婴儿死亡率低于10‰。

33. 1990—1995年期间，非洲的婴儿平均死亡率为世界最高。虽然过去20年间非洲在降低儿童死亡率方面取得了重大的进步，非洲的婴儿平均死亡率从1970—1975年间至1990—1995年间每1,000胎减少婴儿死亡数36人，但在世界各大地区中，减少的最大绝对数在拉丁美洲及加勒比地区，从1970—1975年间至1990—1995年间，这里的婴儿平均死亡率减少了每1,000胎40名死亡婴儿。也很引人注目的是北美的下降，这里的婴儿死亡率从每1,000胎死亡132人降至67人。但是，在有些国家，婴儿死亡率几乎静止不变，或者甚至还有所上升，例如亚美尼亚、伊拉克、利比里亚、塞拉利昂和乌干达。

34. 据世界卫生组织（卫生组织）的报告称，非洲仍是受艾滋病流行影响最严重的地区。⁹到1994年晚些时候，所有艾滋病病毒感染者中，差不多三分之二（约1,000万成年人）在非洲。然而，这种流行病正在迅速蔓延到南亚和东南亚的部分地

区,而且预计亚洲每年新感染的人数将超过非洲,如果目前的感染率继续下去的话。卫生组织估计,到1994年年底,非洲已有300多万艾滋病患者,占全世界患者总数的70%多。美国占9%,拉丁美洲和加勒比地区占9%以上,欧洲占4%。由于亚洲直到最近才开始流行,所以约占世界艾滋病患者的6%左右。

D. 国际迁移

35. 在过去的十年中,国际迁移是人口中受瞬息万变的世界地缘政治秩序影响最明显的构成部分。特别是,民族国家的解体导致了人口的大量流动。因此,伴随着某些国家解体的冲突导致难民、庇护寻求者和被迫流离者大批流动,使移民问题成为国际议程的首要项目。但是,这些事态发展尚待转化为更有效的监测体系,以对国际迁移人数进行量化。因此,关于最近事态发展可以获得的数据仍然只是概略数。实际上,甚至就早先的时期而言,可加利用的数据一般也是不完全的(只提到几个国家或区域),而且缺乏可比性;因此,重要的是应为全世界获得一套可比较的估计数。这种估计数现已为1965、1975、1985和1990年这几个年份得出。

36. 1965、1975、1985和1990年年初时每个国家国际移民总数的估计从关于各国人口普查列出的外国出生人口数(或在有些情况下为外国人口数)的资料及关于存在于发展中国家难民数的资料求出。这些估计数表明,全世界国际移民总数从1965年的7,500万增加到1990年的1.19亿(表2.5)。这样,1965-1990年期间,移民人数的年增长率为1.9%。不过,中间期的增长率的估计数表明,世界移民增长的速度加快了,从1965-1975年间的1.2%提高到1975-1985年间的2.2%,1985-1990年间达到了2.6%。发达国家和发展中国家的情况大相径庭。这样,发达国家国际移民的年增长率只有适度的增长,从1965-1975年间的2.3%提高到1985-1990

表 2.5. 按区域列出的移民趋势的主要指标: 1965、1975、1985 和 1990 年

区域	估计的外国出生的人口 (千)				占人口总数百分比				年度变化率%				按区域列出的百分比分布			
	1965	1975	1985	1990	1965	1975	1985	1990	1965-1975	1975-1985	1985-1990	1990	1965	1975	1985	1990
世界合计	75,214	64,494	105,194	119,761	2.3	2.1	2.2	2.3	1.2	2.2	2.6	1.9	100.0	100.0	100.0	100.0
发达国家	30,401	38,317	47,991	54,231	3.1	3.5	4.1	4.5	2.3	2.3	2.3	2.3	40.4	45.3	45.6	45.3
发展中国家	44,813	46,177	57,203	65,530	1.9	1.6	1.6	1.6	0.3	2.1	2.7	1.5	59.6	54.7	54.4	54.7
非洲	7,952	11,178	12,527	15,631	2.5	2.7	2.3	2.5	3.4	1.1	4.4	2.7	10.6	13.2	11.9	13.1
北非	1,016	1,080	2,219	1,982	1.4	1.1	1.8	1.4	0.6	7.2	-2.3	2.7	1.4	1.3	2.1	1.7
撒哈拉以南非洲	6,936	10,099	10,308	13,649	2.9	3.2	2.5	2.8	3.8	0.2	5.6	2.7	9.2	12.0	9.8	11.4
亚洲	31,429	29,662	38,731	43,018	1.7	1.3	1.4	1.4	-0.6	2.7	2.1	1.3	41.8	35.1	36.8	35.9
东亚和东南亚	8,136	7,723	7,678	7,931	0.7	0.5	0.5	0.4	-0.5	-0.1	0.6	-0.1	10.8	9.1	7.3	6.6
中国	266	305	331	346	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.8	0.9	1.0	0.4	0.4	0.3	0.3
东亚和东南亚	7,870	7,419	7,347	7,586	1.9	1.5	1.2	1.2	-0.6	-0.1	0.6	-0.1	10.5	8.8	7.0	6.3
其他国家	18,610	15,565	19,243	20,782	2.8	1.9	1.8	1.8	-1.8	2.1	1.5	0.4	24.7	18.4	18.3	17.4
东南亚	4,683	6,374	11,810	14,304	7.4	7.6	10.4	10.9	3.1	6.2	3.8	4.5	6.2	7.5	11.2	11.9
拉丁美洲及加勒比地区	5,907	5,788	6,410	7,475	2.4	1.8	1.6	1.7	-0.2	1.0	3.1	0.9	7.9	6.9	6.1	6.2
加勒比地区	532	665	832	959	2.4	2.5	2.7	2.9	2.2	2.2	2.8	2.4	0.7	0.8	0.8	0.8
中美洲 ^a	445	427	948	2,047	0.8	0.6	1.0	1.8	-0.4	8.0	15.4	6.1	0.6	0.5	0.9	1.7
南美洲	4,930	4,695	4,629	4,469	3.0	2.2	1.8	1.5	-0.5	-0.1	-0.7	-0.4	6.6	5.6	4.4	3.7
北美洲	12,695	15,042	20,460	23,895	6.6	6.3	7.8	8.6	1.7	3.1	3.1	2.5	16.9	17.8	19.5	20.0
欧洲和苏联 (前)	14,728	19,504	22,959	25,068	2.2	2.7	3.0	3.2	2.8	1.6	1.8	2.1	19.6	23.1	21.8	20.9
转型经济国家 ^a	2,835	2,394	2,213	2,055	2.4	1.9	1.6	1.7	-1.7	-0.8	-1.5	-1.3	3.8	2.8	2.1	1.7
苏联 (前)	140	148	156	159	0.1	0.1	0.1	0.1	0.6	0.5	0.5	0.5	0.2	0.2	0.1	0.1
欧洲其他国家	11,753	16,961	20,590	22,853	3.6	4.9	5.8	6.1	3.7	1.9	2.1	2.7	15.6	20.1	19.6	19.1
大洋洲	2,502	3,319	4,106	4,675	14.4	15.6	16.9	17.8	2.8	2.1	2.6	2.5	3.3	3.9	3.9	3.9

资料来源: 得自《移民总量趋势, 第三订正版》, 这是由联合国秘书处经济及社会资料和政策分析部人口司保持的一个数据库。

a. 不包括亚美尼亚、阿塞拜疆、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦和乌兹别克斯坦。

年间的 2.4%，而发展中国家移民总数的年增长率提高了 8 倍，从 1965—1975 年间的 0.3% 提高到 1985—1990 年间的 2.7%。

37. 尽管发展中国家国际移民人数快速增长，但到 1990 年，这一人数只占到世界移民总数的 55%，而发展中国家的人口却占世界人口的 72%。因此，国际移民在发展中国家人口总数中所占的比例仍然很低（1.6%）。相比之下，国际移民在发达国家人口中所占的比例达到 4.1%。这样，按比例看，国际移民对发达世界继续具有更大的数字意义。

38. 国际移民在世界各大区域之间的增长和分布存在着很大的变化（表 2.5）。到 1990 年，欧洲和北美洲接纳着 2,400 万和 2,500 万的国际移民。在北美，单单美国就容纳了 2,000 万国际移民，这一数字包括近 300 万无证件移民的大多数，1986 年的《移民改革和控制法》已使他们的地位合法化。在发展中世界，亚洲接纳的移民人数最多（1990 年为 4,300 万）。但是，他们在该大陆上的分布极不均匀。东亚和东南亚地区包括中国和日本，这一地区的国际移民人数较少（近 800 万），尽管该地区新近工业化经济国家和日本短缺劳动力一直在刺激区域间移民的增加。据某些估计称，到 20 世纪 90 年代初，除了依法存在于该国的 100 万左右的外国居民外，日本还容纳着近 30 万无证件的移民。中国台湾省拥有约 4.5 万名情况不正常的移民，而在大韩民国，1992 年开展的合法化运动产生了 6.1 万份申请。类似的情况有，在马来西亚，有 32 万无证件移民根据 1992 年制定的大赦方案申请合法化。¹⁰ 这些数目表明，尽管输入外国劳工有违心愿，但亚洲快速增长的经济国家可能不得不这样做以保持竞争地位。

39. 亚洲国际移民的最大集中地在中南亚，特别是印度和巴基斯坦，这些国家

1948年分治的幸存者和阿富汗留下的难民占了1,600万移民的大部分。在西亚,1975年以来移民人数的迅速增加是同外国劳工流入该区域石油生产国联系在一起,在20世纪70年代油价上扬后,这些国家的收入直线上升。80年代期间,外国劳工进入西亚的速度有所放慢,但在该十年中,石油生产国的移民人数继续增加。尽管由于海湾战争及其造成的后果,大批难民被遣返回国,外国劳工主要源泉国的外流统计资料表明,在90年代期间,流入西亚的劳工人数没有减少。

40. 中美洲国际移民人数明显增加,这是该区域80年代期间盛极一时的内乱和冲突所造成的结果,自从那时以来,移民人数大为减少。南美洲的迁移多为区域间的迁移,在审议的期间移民人数未见增加,而在加勒比地区,国际移民人数在80年代晚些时候有所增加,但是数目不大。

41. 在欧洲,1985—1990年期间移民人数的增加,同导致冷战结束的变化,以及同中欧和东欧国家及前苏联出境管制措施的放宽有着联系。由于这些变化,这些国家越来越多的公民想方设法移居欧洲的市场经济国家,在行情结束的冷战的背景下寻求庇护,或者根据特殊类别被接纳为移民。后面这些类别包括奥西德勒人(Aussiedler)和宠蒂安(Pontian)希腊人,前者由德意志联邦共和国接纳,他们是原籍在前德意志民主共和国上升的转型经济国家的德国后裔,后者是希腊后裔,原籍大都在前苏联,由希腊接纳。1985—1990年间,德意志联邦共和国接纳了来自转型国家的110万奥西德勒人。实际上,1988年以后接纳的奥西德勒人数量增加得如此之快,以致于东西德刚重新统一,德国政府就对每年接纳的人数施加限制,并向居住在转型国家的德国后裔提供替代移居的其他途径。还能表明80年代东西方移民人数增长的另一个迹象是,在1983—1989年期间向市场经济国家提出避难申请的130万人中,30%原籍在转型经济国家。

42. 苏联的解体使人们更加担心可能进一步向发达国家移民。虽然东西方大规模流动人口没有成为现实,但是该区域的移民动态发生了重大的变化,其中最重要的一点是移居俄罗斯联邦的人日益增多,因为其他继承国的俄罗斯族人向俄罗斯联邦迁移。此外,面临种族冲突的继承国之间的难民流量或被迫迁移者的人数也一直在增加,而且现有报告说,出现了流向某些中欧和东欧国家的新的移民潮。这样,据报告称,共有 3.5 万名前苏联公民、2 万名罗马尼亚人和多达 1 万名保加利亚人和前南斯拉夫人 1992 年非法逗留在捷克共和国和斯洛伐克。¹¹

43. 自从 1990 年以来,欧洲移民的主要来源是前南斯拉夫,该国的解体在克罗地亚和波斯尼亚和黑塞哥维那引起了武装冲突,并且导致第二次世界大战以来欧洲战争受害者和国内被迫流离者最大规模的流动。到 1984 年年中,联合国难民事务高级专员办事处(难民专员办事处),估计,前南斯拉夫国内需要保护的人数达 380 万,其中 270 万在波斯尼亚和黑塞哥维那,50 万在克罗地亚。¹²到 1995 年年底,前南斯拉夫仍有 130 万被迫流离者,其中 110 万在波斯尼亚和黑塞哥维那。¹³此外,有几个国家已向前南斯拉夫人民提供临时避难,其中包括奥地利、德国、匈牙利、瑞典、瑞士和土耳其。

44. 在非洲,1985—1990 年期间移民人数增加,主要原因是该区域难民人数不断增加。1995 年晚些时候,估计有 570 万难民,其中大部分在中非和东非,特别是在扎伊尔(130 万)和坦桑尼亚(90 万)。虽然厄立特里亚 1993 年的独立和莫桑比克的大选使得难民能够重返家园(厄立特里亚 9 万,莫桑比克 170 万),但是冲突继续使人们流离失所。例如,索马里的危机估计导致 100 万索马里人外逃——其中大约四分之一已返回家园——和 50 万厄立特里亚难民被遣返国内。据报告称,苏纳接纳着

84 万难民，但它本身也是 30 万难民的源泉，这些难民现避难在中非共和国、埃塞俄比亚、肯尼亚和扎伊尔。¹⁴此外，布隆迪、卢旺达和多哥的动乱导致居民大批外流，特别是在卢旺达，1994 年 4 月总统之死引发了种族暴力，使数千人在几周之内丧生。大量的卢旺达难民逃往邻国寻求避难，而且原先于 1993 年逃到卢旺达的 30 万布隆迪难民中的绝大多数也被迫离开。1995 年年底，扎伊尔共接纳着 110 万卢旺达难民，而坦桑尼亚联合共和国又收容了 50 万难民。此外，利比里亚持续不断的内乱使成千上万的人背井离乡，其中 30 万人由科特迪瓦收容，另有 40 万人由几内亚接纳。

45. 阿富汗难民从伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦返回国内，使难民人数从 1990 年初的 620 万人减少到 1995 年年底的 230 万人。但是，阿富汗连绵不断的战斗使得无法将难民全部遣返回国。此外，1993 年孟加拉国和缅甸政府达成的一项协议为将 1991—1992 年期间逃往孟加拉国避难的 25 万缅甸公民遣返回国铺平了道路。

注

¹ 《世界人口展望：1996 年订正版》（联合国出版物，即将出版）。

² 较发达区域包括欧洲、北美、澳大利亚、新西兰和日本的所有区域。

³ 欠发达区域包括非洲、亚洲（日本除外）和拉丁美洲及加勒比地区的所有区域，以及美拉尼西亚、密克罗尼西亚和波利尼西亚等区域。

⁴ 按 1995 年联合国大会的定义，最不发达国家包括 48 个国家，其中 33 个在非洲，9 个在亚洲，1 个在拉丁美洲，5 个在大洋洲。它们被包括在欠发达区域之内。

⁵ 这些是非洲、亚洲、欧洲、拉丁美洲及加勒比地区、北美洲及大洋洲。

⁶ 这些是东非、中非、北非、南部非洲、西非、东亚、中南亚、东南亚、西亚、东欧、北欧、南欧、西欧、加勒比地区、中美洲、南美洲、澳大利亚和新西兰、美拉

尼西亚、密克罗尼西亚和波利尼西亚。

⁷ 世界银行,《1993年世界发展报告》(纽约,牛津大学出版社,1993年)。

⁸ 儿童基金会,《死亡率、保健和营养的危机》,转型经济国家辑,区域监测报告第2号(纽约,1994年8月)。

⁹ 默顿斯,蒂里·E.等人著,《艾滋病病毒-1感染和艾滋病的全球估计与流行病学》,《1995年艾滋病》,第9卷,补编A(1995),第5259—5272页。

¹⁰ 斯托克,彼得,《陌生人的工作:国际劳工迁移调查》(日内瓦,劳工组织,1994年)。

¹¹ 同上。

¹² 联合国难民事务高级专员报告》(A/49/12)。

¹³ 联合国难民事务高级专员办事处,“难民专员办事处关注的人口:统计概览”(1995年12月31日,日内瓦)。

¹⁴ 德尔蒙多,费兰多,“非洲避难的前途”,《难民》,第96期(1994年,第399—422页)。

第 三 章

保 健

1. 本章将论述近年来变得突出的某些全球保健问题。这其中包括预期寿命的变化,特别是在非洲和转型经济国家,那里的预期寿命有所下降;对不健康给世界造成的负担的评估;以及新的传染病的出现——它正在使保健方面的全球合作成为当务之急——和忽略公共保健系统的代价。

A. 预期寿命

2. 衡量全球保健状况的一个尺度是预期寿命。据最近订正的原由联合国编写的《世界人口展望》称,在1985—1990年期至1990—1995年期,预期寿命从63.1岁提高到了64.3岁。¹亚洲增加了1.9岁。1975—1980年期至1990—1995年期,亚洲的预期寿命提高了6岁,而东南亚提高了9岁。甚至在北美和欧洲,预期寿命原已超过73岁,这一时期也从已经很高的基础上又提高了3岁左右。

3. 由于改善饮食,更有效地提供医疗保健,特别是预防性保健,以及发现了新药,因此预期寿命应当随着时间的推移而有所提高。甚至在日本,本来寿命已经很长,但仍在继续取得进展。1980—1985年期至1990—1995年期,预期寿命总体提高了2.6岁,从76.9岁增至79.5岁,其中男子的预期寿命从74.2岁提高到76.4岁,女子从79.7岁提高到82.4岁。但是有的国家的预期寿命比其他国家的低得多,却呈现出下降的趋势,这特别令人关注。这种情况在过去的几年中最明显地出现在撒哈拉以南非洲及中欧和东欧。

表 3.1. 预期寿命出现下降趋势的部分国家，
1980—1990 年期至 1990—1995 年期

国家	1980—85	1985—90	1990—95
非洲			
博茨瓦纳	59.8	61.0	54.3
布基纳法索	44.9	46.6	46.5
布隆迪	47.8	48.3	44.6
刚果	50.8	52.2	51.5
科特迪瓦	50.4	52.2	52.1
肯尼亚	55.8	55.7	54.1
利比里亚	51.5	53.5	39.4
马拉维	45.0	44.9	42.0
卢旺达	46.3	46.7	22.6
塞拉利昂	35.5	36.9	34.4
多哥	50.5	52.3	51.0
乌干达	47.0	43.7	41.0
坦桑尼亚联合共和国	50.8	51.0	50.4
赞比亚	51.3	49.6	44.2
津巴布韦	55.9	56.3	50.7
亚洲			
哈萨克斯坦	66.9	68.6	67.7
塔吉克斯坦	65.9	68.5	67.2
乌兹别克斯坦	66.6	67.7	67.5
转型经济国家			
阿尔巴尼亚	70.4	72.0	70.9
白俄罗斯	70.7	71.3	60.7
保加利亚	71.4	71.6	71.2
爱沙尼亚	69.6	70.4	69.5
匈牙利	69.1	69.4	69.0
拉脱维亚	69.3	70.2	68.4
立陶宛	70.8	71.7	70.4
俄罗斯联邦	67.6	69.2	66.5
斯洛伐克	70.6	71.0	70.8
乌克兰	69.4	70.4	68.8
备忘项：			
捷克共和国	70.7	71.4	72.0
波兰	70.9	70.9	71.1
摩尔多瓦共和国	64.8	67.3	67.6
罗马尼亚	69.7	69.5	69.5

资料来源：联合国，《世界人口展望：1996年订正版》，（纽约，联合国出版物，即将出版）。

1. 非洲的预期寿命

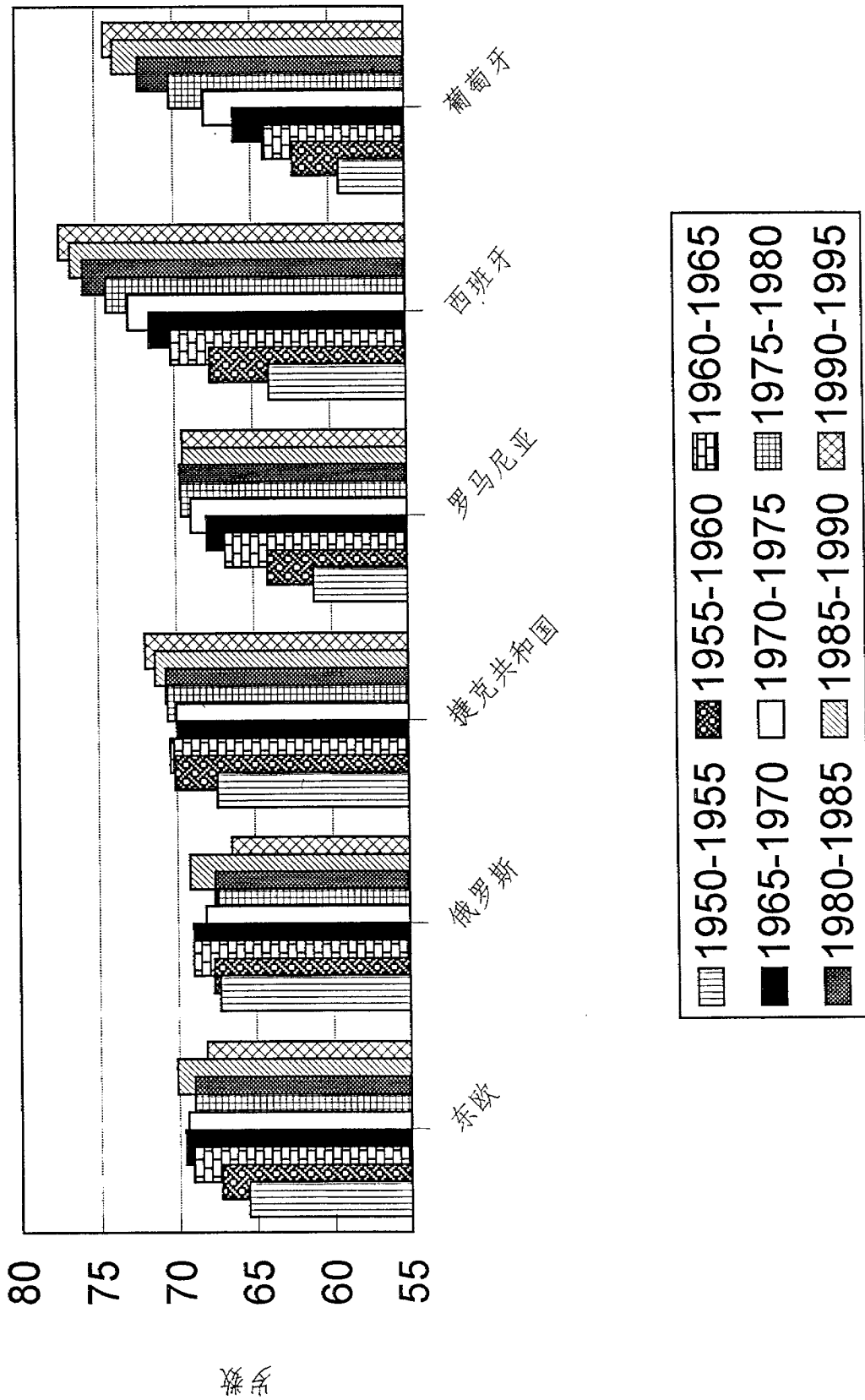
4. 在预期寿命缩短的 15 个非洲国家中,只有肯尼亚、马拉维、乌干达和赞比亚在 1980—1985 年间至 1985—1990 年间出现下降(表 3.1)。在此期间,其他一些非洲国家提高了 1 岁多。但没有出现增幅超过 2 岁的情况,而 2 岁多却是亚洲提高的平均幅度。此外,1980—1990 年期的预期寿命起点不高。只有博茨瓦纳、肯尼亚和津巴布韦的预期寿命超过 55 岁(表 3.1 中显示的发展中国家区域的最低点)。在有些国家,1990 年以后下降得十分急剧,以致于将预期寿命拉到了 1980—1985 年期的水平以下。

5. 战争给利比里亚、卢旺达和塞拉利昂的数字造成巨大的影响,除此以外,获得性免疫缺损综合症(艾滋病)²是预期寿命下降的主要原因。由于受感染的那些人常常是年青的成年人,而不是老年人,有关国家正在失去他们(以及护理他们的那些人)能够对经济活动作出的贡献。还有,有关国家不得不就可用来防治疾病的稀缺资源用于哪些方面作出艰难的抉择,即使某些药品,例如 Azidothy Midine: Zidovudine: retrovir (AZT) 用于治疗(而不是治愈)艾滋病病人有所成效,但这些药品的费用和开发更新药品的费用却不是较贫穷发展中国家保健机构力所能及的。由于这些国家将不得不花更多的财力物力用于对付原先以为已被基本根治的其他传染病,这些困境正在变得更为尖锐。

2. 转型经济国家的预期寿命

6. 在转型经济国家中,预期寿命下降是从 70 岁左右开始的;而且无法方便地

图 3.1. 预期寿命



采用某一种疾病如艾滋病来加以鉴定。这种下降也是在比其他类似国家早得多地达到稳定状态后出现的（图 3.1）。

7. 图 3.1 表明，葡萄牙和西班牙人的寿命现在比转型经济国家长得多：两国分别为 74.4 岁和 77.3 岁，而整个东欧集团为 68.2 岁。这两个国家的寿命正在稳步提高，而前捷克斯洛伐克和前苏联早在 1960—1965 年期，罗马尼亚在 1975—1980 年期就踏步不前了。

B. 转型经济国家的特点

8. 这些事态发展一开始可能令人感到意外，因为大多数中欧和东欧转型经济国家建立了医疗和司药人员的广泛的保健基础设施，而且提供的医疗保健的量比许多发达的市场经济国家还多。³ 无限制地免费医疗是宪法保障的权利，而且资金由国家预算提供。医院、诊所和其诊疗设施形成综合性的网络，保证整个区域内人人都能获得医疗服务。结构严密的卫生和流行病防治站系统构成综合性的公共保健服务网络，集中力量抓传染病、职业病和同环境有关疾病的控制工作。工作场所进行定期的体检，这意味着个人不呆能仅靠规避医生诊所而逃脱保健网。相反，威胁健康的状况得到诊所并大概得到治疗。

9. 这一系统开头提高预期寿命。与此同时，因传染病、寄生虫病和呼吸器官疾病、受伤、中毒等原因引起的死亡人数迅速下降。保健条件的改善对于婴幼儿来说特别明显，婴幼儿依靠迅速扩大的基本的低费用和高效的妇幼保健服务扶养。

10. 不过，众多的筹资、管理和激励等问题限制该系统有效发挥作用的能力。而

且,它还不得不对付主要因社会经济制度缺陷而产生的一些保健问题,其中包括环境污染。由于工作环境不卫生,而且常常具有危险性,对额外努力也很少进行激励,因此工人们经常沉迷于酒精、烟草,甚至采取自杀行为以逃避现实。此外,饮食也常常很糟糕。由于心脏病、心血管疾病、肺癌、同酗酒有关的交通事故和导致死亡的酒精中毒肝硬化等,中年男子的死亡率明显上升。⁴

11. 1985—1990年期间,预期寿命有所提高。在俄罗斯联邦,提高的部分原因是1985—1987年开展的反嗜酒运动。俄罗斯的统计资料表明,因“事故、中毒和创伤”这一大类——常同嗜酒有关——引起的死亡人数在1985至1987年间下降了,在1991年以后急剧上升。⁵前苏联各国预期寿命提高的另一个可能的原因——尽管较为难以用文献作证明——是心理上的宽松。公开性和改革促使人们产生乐观的信念:生活条件将会好转,将会享受更多的自由,而且经过数年的呆滞,经济活动将会复苏。

12. 但在1990年以后,健康状况急剧恶化。1985—1990年期至1990—1995年期,东欧(包括俄罗斯联邦和乌克兰)的概约死亡率从11.0%上升到12.6%。1989—1993年这一整个时期,死亡总数估计比1989年数字增加140万。

13. 无论如何,难以对这种令人意外的悲剧性事态发展作出完全令人满意的解释。问题的一部分在于如何对死因分类:什么原因引起心脏病?工作场所或道路上发生的事故有多少是酒精造成的?各转型国家的情况各不相同。不过,在转型过程中,个人丧失了稳定的支助机制,这种机制曾保证他们享有可靠——尽管相当低——的生活标准。这种转型所造成的冲击和紧张可以提供一种心理上的解释,就如可以将早先预期寿命的提高部分归因于乐观情绪一样。原有的确定因素突然消失了,许多人的生活标准发生了大滑坡。更有甚者,许多变化似乎是不平等的:深受转型之苦的人们

可以看到别人铺张浪费地大肆消费，这些人突然之间——而且其中许多人被认为是非法地——获得了旧制度的资产（或者受益于——也许也是非法地——新情况下正在产生的机遇）。

14. 然而，在有些转型国家，其中包括捷克共和国和波兰，预期寿命没有下降。转型、紧张和早死之间的因果关系显然是错综复杂的。必须重视转型如何影响社会中不同的群体，它们发展了什么样的应付机制，以及它们得到了什么样的心理支助和其他方面的支助。

15. 各国之间的差异说明，难以将紧张与转型之间的关系普遍化。可望用来反映紧张情绪的一种统计量是自杀。自杀率一直很高，但各国之间差异相当大：立陶宛（每10万男子中超过70人）和俄罗斯（66人）高于乌克兰（38人）。⁶波兰男子的自杀率（24人）为匈牙利（58人）的一半。而且，波兰的总自杀率（14人）明显低于许多发达国家，其中包括芬兰（30人）、法国（20人）、德国（17人）和日本（16人），而妇女的自杀率（4.4人）几乎低于任可发达国家。

16. 死亡人数增加中最主要的部分——32%至80%——可用心脏病和心血管疾病解释，其中包括中风、局部缺血心脏病和其他心血管疾病。俄罗斯联邦、乌克兰和在较小程度上匈牙利概约死亡率提高的很大部分可用“外部原因”解释，其中包括中毒、事故、自杀和他杀。概约死亡率提高的一个重要但不是主要的部分可用癌症来解释。

17. 部分国家在转型期间放松卫生和质量控制，因此增加了由食物和酒精中毒引起的死亡人数。⁷此外，酒精兑成的家酿酒的未经批准的销量也有所增加，这增加

了酒精中毒及酒精引起的精神失常、肝硬化和心脏病的风险。登记的嗜酒者的官方数字最近表明,大多数转型经济国家呈下降趋势,不过这种下降的原因是管制有所削弱和可用于治疗中心和健康监测单位的资金有所减少。⁸

18. 由传染病、寄生性病害、肺结核、白喉、肝炎和病毒性脑膜炎——此种疾病据认为已从欧洲大陆消灭——造成的死亡率,已经下降了40多年,现在转型经济国家中再次上升。这些传染病的重新出现归因于先前保健系统的瓦解和人口的新流动,即居住在国家偏远地区的人们进城寻找就业机会,从而成为保健监测服务的漏网分子。

19. 转型经济国家的情况由于下列事实而进一步复杂化,即其他的指标继续改善,而如果保健系统本身恶化的话,这些指标预计也将恶化。向年青人提供保健服务就是一例。在大多数国家中,婴儿死亡率继续下降。⁹实际上,波兰预期寿命提高的部分原因就是婴儿死亡率的下降。

20. 由于原先保健系统存在问题,因此在转型初期就制定了改革的建议。然而迄今为止,部分是因为预算发生了危机,这些改革进展甚微。预算的压力迫使各转型经济国家更加强调在保健的各个层次更有效地分配资源。在新的模式中,主要的保健服务提供者是家庭医生,即由病人选择的普通医生。¹⁰由于这种医生将作为接受专门化保健的把关者,这种转变应使得有可能大幅度降低费用,并且提高初中两级的灵活性和效率。

21. 转型经济国家的保健管理机构希望实行成本回收措施,而且通过在国营部门执行同业绩挂钩的补偿计划以对医务人员实行激励措施。如在匈牙利已经推行的

那样,对家庭医生和专门医治特定疾病的专科医生按人头付款,这可能提供更有有效的激励和资源分配,而不增加中央预算的卫生开支。

22. 缓解影响保健机构的严重财政危机的另一个手段是让病人负担保健费用的日益增大的份额。实行收费制度,再加上大幅度提高药品和其他医疗用品的价格,可能对利用保健服务产生不利的影响,尤其对低收入病人来说就更是如此。

23. 大多数转型经济国家试图采用下列办法使保健资金的筹措与国家预算相脱勾,即或者实行同工作有关的强制性的保健保险,由雇主和雇员的缴款提供资金;建立预算外帐户,由专用税款供资;或者建立单独的保健(和退休金)帐户,由雇主和雇员的缴款提供资金。¹¹中欧和东欧的还有一种改革办法是使部分保健系统私有化。

C. 全球保健负担

24. 在所有的国家中,决策者都有机会重新设计他们的保健服务和保健筹资体系,并且向公民表明如何保护他们自己的健康。然而,转型经济国家和遇到经济困难的其他国家却要冒这样的风险:降低生活标准,减少政府维持必不可少服务的承诺和限制保健方面的公共开支,将会削弱保健部门作为社会安全网中重要环节的作用。免疫方案或妇幼保健诊所持续不断地供资不足,可能使许多发展中国家和转型经济国家已经很高的婴儿死亡率和孕产妇死亡率进一步上升。类似的考虑甚至适用于富裕的国家,在这些国家中,鼓励私人提供保健服务。风险是,保健提供和维持系统的重要组成部分将会供资不足。

25. 保护国民的健康是政府的主要职责之一,而且一个国家的体质健康同经济健康是密不可分的。疾病限制人民的自主权,减少他们就业的机会,而且增加他们对保健服务的依赖性。因此,健康状况不佳对劳动力的流动性、劳动生产率和公共开支产生负面影响。对保健服务的需求增加和医药费用的提高可能触发一种恶性循环,即时公开开支增加压力,使经济情况变糟和恶化生活水准,而这些又将反过来损害为提高健康状况而采取的措施。

26. 为了选择提高国家健康水平的最合适和最有效的步骤,决策者必须掌握关于健康状况不佳的程度和根源的信息。诸如预期寿命等数字可使人们对由于健康状况不佳而使世界上许多人失去从事生产性活动的年数有一个大致的了解。但为了确定保健管理者应当采取何种行动,也很重要是应了解死亡发生的原因,不同死因的重要性,什么疾病导致无行为能力,以及可能引起早死或无行为能力的风险因素。双倍重要的是应了解传染病是如何蔓延的。这些问题由于艾滋病的流行而更加突出,一开始,对这种疾病的治疗太不重视,其原因是也许在发达国家中,这种疾病影响的据认为只是人口中的一小部分:搞同性恋的男子和静脉注射的毒品使用者。然后它通过感染的血液和异性活动迅速蔓延开来,从而提高了公众关注的程度,并开始采取有关行动,如果早点采取,这些行动本来会挽救许多人的生命。

27. 由哈佛大学公共保健学院代表卫生组织和世界银行出版的《全球疾病和创伤负担丛书》,试图提供有关信息以指导决策者。对其结果的初步评估在《1993年世界发展报告》中给出,而且1993年出版了订正版。

28. 该报告表明,有具有比较意义的各年龄组中,发展中国家的保健状况如何差于发达国家。5岁以下儿童、5至14岁儿童和工作年龄(15至60岁)人们的死亡

表 3.2. 1990 年的死亡率
(每 10 万人)

年龄组 (岁数)	男	女	合计
发达经济国家			
0-4	228	181	205
5-14	26	17	22
15-59	307	150	229
60+	4,653	3,592	4,035
欧洲转型经济国家			
0-4	479	366	424
5-14	61	36	49
15-59	657	252	453
60+	5,472	4,287	4,720
印度			
0-4	2,676	2,911	2,790
5-14	252	309	279
15-59	507	456	483
60+	5,912	5,207	5,565
中国			
0-4	838	975	905
5-14	89	70	80
15-59	362	266	316
60+	5,851	4,843	5,334
其他亚洲国家和岛屿			
0-4	2,058	1,704	1,885
5-14	274	214	244
15-59	438	319	379
60+	5,237	4,335	4,760
撒哈拉以南非洲			
0-4	4,568	3,957	4,264
5-14	548	508	528
15-59	924	756	839
60+	5,923	5,439	6,658
拉丁美洲及加勒比地区			
0-4	1,402	1,105	1,256
5-14	140	109	124
15-59	434	299	366
60+	4,422	3,646	4,002
中东新月形地带国家			
0-4	2,320	2,285	2,303
5-14	242	227	235
15-59	426	330	380
60+	5,175	4,378	4,752

率，发展中国家常常比发达市场经济国家高出好几倍（见表 3.2）。（60 岁以后，更难以根据死亡率的数字得出结论。）欧洲转型经济国家严重的保健状况为下述事实所突出：5 至 15 岁儿童的死亡率高于除撒哈拉以南非洲以外的任何发展中区域。发展中国家妇女的状况明显较好：在所有的年龄组和所有的区域中，男子的死亡率出乎意料地都高于女子，只是中国 5 岁以下儿童和印度 14 岁以下儿童除外。与 15 至 60 岁人口死亡率的差异相比，发达国家与发展中国家在 5 岁以下儿童和 15 岁以下儿童的死亡率之间存在着巨大的差异，这说明发展中国家有多少儿童没有必要地死去。特别是在分娩时的适当医院护理、卫生和营养，对于保证儿童的存活起着决定性的作用。

29. 报告进一步分析了这些可以避免的死亡，它将死亡情况划分为三大类：

(a) 第 1 组：传染病、妇产科疾病、周产期内引起的疾病和营养缺乏；

(b) 第 2 组：非传染病，例如癌症、局部缺血心脏病和脑血管疾病（中风）；

(c) 第 3 组：创伤。

30. 作这种分类的理由是，第 1 组疾病基本上可以避免。在 1990 年死亡的 5,050 万人中，3,950 万死于发展中国家，1,090 万死于发达国家和转型经济国家（见表 3.3）。第 1 组占了 5,050 万死亡人数中的 1,730 万，其中 1,650 万人死于发展中国家。这样，在发展中国家的死亡人数中，42% 是第 1 组疾病造成的。

31. 在发达国家中，占 86% 的大多数死亡是非传染病（第 2 组）引起的，只有 6% 是第 1 组疾病引起的。其余的死亡为创伤所造成，发展中国家和发达国家都占大约 10%。

32. 这些广泛的结论表明，随着国家变富，它们就更有能力控制传染病，因此

死亡的人为老年人和因非传染病不治而死。实际上，只有撒哈拉以南非洲和印度，第1组的死亡占大头。在其他发展中国家地区，第2组疾病造成的死亡人数多于第1组疾病。发达国家的人民不仅寿命较长，而且患病所占的寿命部分也短得多。在生命的所有阶段，发展中国家的人民比发达国家的人民更容易得病。70岁以前因非传染病（第2组）而死亡的概率，撒哈拉以南非洲和印度高于市场经济国家。

表 3.3. 按主要死因组和区域列出的死亡的分布，1990 年

	占区域总数的百分比			区域总数 (千人)
	第一组 ^a	第二组 ^b	第三组 ^c	
世界	34.2	55.8	10.1	50,467
发达经济国家和转型经济国家：	6.1	86.2	7.6	10,912
发达经济国家	6.4	87.4	6.3	7,121
欧洲转型经济国家 ^d	5.6	84.1	10.3	3,791
发展中国家：	41.9	47.4	10.7	39,554
印度	50.9	40.4	8.6	9,371
中国	15.8	72.7	11.5	8,885
拉丁美洲及加勒比地区	31.3	55.7	12.9	3,009
中东新月形地带 ^e	42.7	47.4	9.9	4,553
其他亚洲国家和岛屿	39.6	50.3	10.1	5,534
撒哈拉以南非洲	64.8	22.7	12.5	8,202

资料来源：克里斯托弗·默里和艾伦·洛佩兹合编，《全球疾病负担》，全球疾病和创伤丛书：第1卷，哈佛公共保健学院、世界银行和世界卫生组织（1996），第176页。

a. 传染病、妇产科疾病、周产期疾病和营养不良引起的疾病。

b. 非传染病。

c. 创伤。

d. 中欧和东欧转型经济国家、波罗的海国家、白俄罗斯、乌克兰和俄罗斯联邦。

e. 北非阿拉伯国家、阿富汗、塞浦路斯、伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦、土耳其及高加索和中亚转型经济国家。

33. 不同的疾病在人们生命的不同阶段影响他们,其中有些疾病往往在生命的晚些时候发作,这一事实使得保健管理者必须从不必要剥夺生命的角度评估死亡引起的损失:使用丧失的岁数(YLL)。这一衡量方法总计特定疾病夺去的岁数,这一数目比死亡的数目大得多,大约为9亿岁(表3.4)。由于非传染病主要影响老年人,虽然它们在死亡数中占56%,但在丧失的岁数中只占31%。创伤主要影响年轻人,它们占丧失的岁数的较大比例,比死亡数高出15%。

34. 在发展中国家,第1组病因如下呼吸器官传染病(肺炎)、腹泻、围产期内引起的疾病、结核病、麻疹和疟疾在丧失的岁数中所占的比例比在实际死亡数中所占的比例大得多。这样,虽然在几乎所有的发展中国家中,非传染病夺去的生命多于第1组疾病,但第1组疾病就丧失的岁数而言其重要性却大得多。

35. 研究报告所产生的其他信息包括失去工作能力的岁数(YLD)。即使某种疾病并不致死,但它仍然减少参加生产性生活的机会。与丧失的岁数相类似,在这种情况下,失去工作能力的岁数也必须以失去特定工作能力的人的人数和他们在无工作能力情况下生存多久为基础(表3.5)。失去工作能力的岁数还必须包括丧失工作能力严重程度的加权。例如,哮喘的丧失工作能权数,不加治疗时定为10%,治疗时定为6%,而进行中精神病和痴呆的权数高于70%。1990年失去工作能力的岁数的估计数为4.73亿。相比之下,当年的世界人口为53亿左右。

36. 研究报告表明,一组完全不同的疾病通过丧失工作能力而不是通过死亡导致损失。心理和神经性疾病、单极严重抑郁症、喝酒、躁狂与抑郁状态交替的情感性精神病(躁狂抑郁状态)、精神分裂症和强迫性神经官能症,占全部丧失工作能力岁数的28%,只占全部死亡数的1.4%和丧失岁数的1.1%。这些状况是除撒哈拉以南

表 3.4. 按大概病因组列出的丧失的岁数, 1990 年

	占区域总数的百分比			区域总数 (百万)
	第一组 ^a	第二组 ^b	第三组 ^c	
世界	54.1	31.3	14.6	906.5
发达国家和转型经济国家:				
发达经济国家	8.8	75.3	15.9	49.7
欧洲转型经济国家 ^d	9.4	67.6	23.0	35.9
发展中国家:				
印度	66.4	22.6	11.0	200.1
中国	28.3	51.5	20.2	117.9
拉丁美洲及加勒比地区	47.5	34.0	18.5	56.2
中东新月形地带 ^e	57.8	29.7	12.6	105.2
其他亚洲国家和岛屿	53.6	32.6	13.8	114.6
撒哈拉以南非洲	73.9	12.4	13.7	226.9

资料来源: 克里斯托弗·墨里和艾伦·洛佩兹合编,《全球疾病负担》,全球疾病和创伤负担丛书:第1卷,哈佛公共保健学院、世界银行和世界卫生组织(1996年),第190页。

非洲以外所有区域导致疾病的最重要的因素,在撒哈拉以南非洲,它们占丧失工作能力岁数的16%。不过,它们在发展中国家导致工作能力丧失的重要性小于发达国家。另外,结核病、缺铁贫血症、难产和产妇脓毒症在发展中国家导致工作能力丧失的重要性比在发达国家大得多。

37. 为丧失工作能力的岁数所作的计算还表明,18%的病情开始于儿童早期,几乎一半开始于年轻的成年期(15至44岁)。只有10%在60岁以后开始。但是,丧失工作能力寿命的比例随着寿命的延长而下降:在发达国家,其预期寿命长于发展中国家,丧失工作能力岁数的比例约占20%,而大多数发展中国家的比例超过30%,撒哈拉以南非洲则超过40%。

表 3.5. 因特殊原因失去工作能力岁数的百分比分布, 1990 年

分组/病因	地区										
	发达国家	欧洲转 经济国家	发达国家	发展中国家	印度	中国	拉美 地区	中东 地带	其他 国家	撒哈拉 以南非 洲	世界
第一组	6.3	5.5	7.8	27.8	33.6	18.9	19.0	24.6	28.5	39.3	24.4
传染病和寄生虫疾病	2.7	2.6	3.0	12.3	14.3	6.4	9.7	6.4	12.6	22.4	10.7
呼吸器官感染	0.4	0.3	0.4	1.4	1.4	1.4	1.0	1.8	1.4	1.3	1.2
妇科疾病	1.1	0.6	1.9	4.0	4.7	1.9	2.7	5.0	4.0	5.8	3.5
围产期内引起的疾病	0.5	0.5	0.5	2.3	3.5	1.1	1.6	2.9	1.7	3.2	2.0
营养不良	1.7	1.5	2.0	7.9	9.8	8.2	4.1	8.6	8.7	6.6	6.9
第二组	84.2	86.7	79.5	54.8	43.7	66.9	67.3	61.5	56.1	39.8	59.5
神经-心理疾病	43.9	47.2	37.6	25.5	20.9	30.7	34.6	25.4	28.5	16.3	28.5
心血管疾病	6.5	6.2	7.1	3.0	3.6	3.5	2.4	3.8	2.9	1.6	3.6
第三组	9.5	7.9	12.7	17.4	22.8	14.2	13.6	13.9	15.4	20.9	16.1
无意识创伤	8.3	7.1	10.7	15.4	22.4	12.9	12.3	10.0	14.6	16.3	14.3
蓄意创伤	1.2	0.8	2.0	1.9	0.4	1.3	1.4	3.9	0.8	4.6	1.8

资料来源: 克里斯托弗·默里和艾伦·洛佩兹合编, 《全球疾病和创伤负担》, 全球疾病和创伤负担丛书, 第1卷, 哈佛公共卫生学院、世界银行和世界卫生组织 (1996年), 第234页。

表 3.6. 经丧失工作能力调整的岁数在各具体病因中的百分比分布, 1990 年

分组/病因	发达经济国家		欧洲转经济国家		发展中国家		印度		中国		拉丁美洲及加勒比地区		中东新月地带		其他亚洲国家和地区		撒哈拉以南非洲		世界
	国家	转经济国家	国家	转经济国家	国家	转经济国家	国家	转经济国家	国家	转经济国家	国家	转经济国家	国家	转经济国家	国家	转经济国家	国家	转经济国家	
第一组	7.8	7.1	8.8	48.7	56.4	24.2	35.3	47.7	44.7	65.9	43.9								
传染病和寄生性疾病	2.7	2.8	2.7	25.6	28.9	7.5	17.6	20.2	22.3	42.5	22.9								
呼吸道感染	1.6	1.4	2.0	9.4	11.9	6.9	4.9	10.7	8.7	10.5	8.5								
妇产科疾病	0.6	0.3	0.9	2.4	2.6	1.3	1.7	2.4	2.3	3.2	2.2								
围产期内引起的疾病	1.9	1.8	2.2	7.3	8.8	4.9	7.4	9.7	6.9	6.5	6.7								
营养缺乏	0.9	0.9	1.0	4.1	4.2	4.6	3.7	4.7	4.5	3.2	3.7								
第二组	77.7	81.0	72.6	36.1	29.0	58.2	58.2	39.3	40.9	18.8	40.9								
神经-心理疾病	22.0	25.1	17.2	9.0	7.0	14.2	15.9	8.7	10.8	4.0	10.5								
心血管疾病	20.4	18.6	23.2	8.3	8.2	11.0	8.0	11.1	10.1	3.9	9.7								
第三组	14.5	11.9	18.7	15.2	14.6	17.6	16.4	13.0	14.4	15.4	15.1								
无意识创伤	10.3	8.7	12.9	11.04	13.0	12.9	11.9	6.8	12.1	9.3	11.0								
蓄意创伤	4.2	3.2	5.8	4.1	1.5	4.7	4.5	6.2	2.3	6.0	4.1								

资料来源: 克里斯托弗·默里和艾伦·洛佩兹合编, 《全球疾病和创伤负担》, 全球疾病负担丛书: 第1卷, 哈佛公共保健学院、世界银行和世界卫生组织 (1996年), 第261页。

表 3.7. 可归因于各种风险因素的经丧失工作能力调整的岁数的百分比, 1990 年

风险因素	世界	发达经济国家和转型经济国家		欧洲转型经济国家		发展中国家		拉丁美洲及加勒比地区		中东新月形地带	其他亚洲国家和岛屿	撒哈拉以南非洲
		发达经济国家	转型经济国家	欧洲转型经济国家	发展中国家	印度	中国	加勒比地区	新月形地带	其他亚洲国家和岛屿	撒哈拉以南非洲	
营养不良	15.9	0.0	0.0	0.0	18.0	22.4	5.3	5.1	11.0	14.5	32.7	
供水和个人与家庭卫生条件差	6.8	0.1	0.1	0.2	7.6	9.5	2.0	5.3	8.8	7.4	10.1	
不安全的性行为	3.5	2.1	2.0	2.2	3.7	4.0	0.4	3.7	1.5	4.4	6.5	
喝酒	3.5	9.6	10.3	8.3	2.7	1.6	2.3	9.7	0.4	2.8	2.6	
职业	2.7	4.6	5.0	3.8	2.5	2.0	3.9	3.7	2.6	2.8	1.3	
吸烟	2.6	12.1	11.7	12.5	1.4	0.6	3.9	1.4	1.2	1.5	0.4	
高血压	1.4	4.7	3.9	5.9	0.9	0.9	1.0	1.8	1.7	0.3	0.6	
身体不活动	1.0	4.0	4.8	2.8	0.6	1.0	0.8	1.0	0.8	0.3	0.0	
非法吸毒	0.6	1.9	2.3	1.3	0.4	0.1	0.3	1.6	0.7	0.7	0.2	
空气污染	0.5	1.5	0.5	3.1	0.4	0.5	0.4	0.5	0.5	0.4	0.2	

资料来源: 克里斯托弗·默里和艾伦·洛佩兹合编,《全球疾病负担》,全球疾病和创伤负担丛书:第1卷,哈佛公共卫生学院、世界银行和世界卫生组织(1996年),第311-315页。

38. 丧失的岁数与丧失工作能力的岁数之和即为疾病总负担。这一测量方法叫做经丧失工作能力调整的岁数(DALY),它表示因早死而丧失的岁数和丧失工作能力情况下活着的岁数。1990年的总数约为14亿(见表3.6)。这方面,发达国家和转型经济国家与发展中国家之间又形成极不相同的格局。为了帮助保健服务的提供者,研究报告试图计算10个具体“风险”因素在这一总数中所起作用的百分比(表3.7):营养不良(15.9%);供水、公共卫生和个人与家庭卫生条件差(6.8%);不安全的性行为(3.5%);喝酒(3.5%);职业(即在工作中接触危害性)(2.7%);吸烟(2.6%);高血压(1.4%);身体不活动(1.0%);非法使用毒品(0.6%);和空气污染(0.5%)。这10个因素占全球疾病负担的近40%。而且,两个最重要的风险因素即营养不良和供水、公共卫生和个人与家庭卫生条件差,几乎占了负担的四分之

一，它们基本上限于发展中国家，特别是最贫困的国家。营养不良对撒哈拉以南非洲疾病总负担的33%和印度的22%负有责任。主要由于艾滋病的流行，撒哈拉以南非洲不安全性行为的负担比其他区域沉重得多。在欧洲转型经济国家中，空气污染造成工作能力丧失的严重程度为发达经济国家的6倍。

39. 《全球保健负担》能够帮助各国将它们的资源用于对付给其居民造成最大威胁的那些疾病。例如，就转型经济国家而言，酒精、烟草和空气污染的负担特别沉重。在许多发展中国家，采取干预措施提供合适的营养和安全用水，将对健康起巨大的作用。研究报告还表明，应当更加认真地看待许多不一定致死的病情，因为它们会造成工作能力的丧失。这特别适用于心理疾病。

40. 最后，发展中国家通过审议发达经济国家和转型经济国家中的风险因素，有机会看出，随后它们变富，它们如何能够提高其居民的健康水平。发达经济国家和转型经济国家的两大风险因素是烟草和酒精。如前所述，转型经济国家的一个严重的风险因素是空气污染。目前就采取行动同污染、吸烟和酗酒现象作斗争，可以帮助发展中国家减轻它们未来的疾病负担。

D. 新的传染病

41. 甚至在商业性空中旅行时代以前，疾病就能够快速传播。1918—1919年的猪流感，竟然在18个月内5次席卷全球，夺去2,200万人的生命，包括50万美国人。今后，每年有10亿旅客乘坐飞机旅行。¹²当今是大规模流动的时代：人们从农村地区涌往城市，难民越过国际边界，卡车司机能够开到很远的地方。在许多情况下，这些流动能够助长疾病的蔓延，如在贫困的乡下人拥挤在缺乏适当的污水排放系统

和安全水的城市中的时候。在这种情况下，公共保健当局监测健康状况、给居民接种疫苗和防止已知可治疾病爆发的工作本身将是令人望而生畏的任务。有时候，经济危机使保健服务系统陷于瘫痪，而且导致原来认为已被征服的疾病卷土重来。由于前苏联没有坚持对白喉的免疫工作，1990年俄罗斯联邦爆发了白喉，后来又蔓延到15个国家。¹³只是到了目前才好象稳定了下来。

42. 但是，正如艾滋病的流行所证明的，目前正在出现证明依靠已知药品无法治愈的疾病。在过去的20年中，出现了大约30种新的疾病。新出现的疾病是指在过去20年中人类得病率增加或在最近的将来大有增加之势的疾病；新近出现的传染病或蔓延到新的地区的传染病；很容易依靠化学疗法和抗菌素加以控制但发展了抗菌性的疾病。除了艾滋病以外，新出现的疾病包括抗药性的疟疾、结核病，抗多种药物的肺炎球菌性肺炎，霍乱（典型的种类和新的变种都在内），E-CoLi、登革热及其严重的并发症，Cryptosporidiosis 和 hantavirus 综合症。1995年，世界部分地区爆发了霍乱、白喉、鼠疫和伊波拉出血热病。由于国内国际反应迅速及时，这最后一种疾病的范围仅限于扎伊尔的一个较小的角落，当时世界卫生组织日内瓦总部和驻刚果布拉柴维尔地区办事处的工作人员在接到通知后24小时以内赶到发病现场。这种疾病的诊断是由世界卫生组织虫媒病毒和病毒性出血热病协作中心美国佐治亚洲亚特兰大疾病控制和预防中心证实的。这种快速的行动证实了加强国家、区域和全球努力以发现和遏制新出现疾病类似威胁的重要性。

注

¹ 《世界人口展望：1996年订正版》（联合国销售出版物，即将出版）。

² 应当强调，这些关于预期寿命的数字只是估计数，随着各国采取更为有效的措

施防止艾滋病的蔓延，这些数字有待不断修正。

³ 例如，俄罗斯联邦每名医生负责的人口为 210 人，东欧为 450 人，而经合组织各成员国为 440 人〔联合国开发计划署，《1996 年人类发展报告》（纽约，开发计划署，1996 年），第 191 页〕。

⁴ 例如，1985—1990 年期间，俄罗斯联邦妇女预期寿命为 74.3 岁，比男子的 64.3 岁高出 10 岁。

⁵ 俄罗斯联邦国家统计局，《俄罗斯人口统计年鉴》（莫斯科，1995 年），第 474 页。

⁶ 《经济学家》周刊援引的卫生组织的数字（1996 年 10 月 5 日），第 50 页。

⁷ 例如，在罗马尼亚，猪肉中的寄生虫引起的毛线虫病的发病率伴随着不加管制的私营食品市场的发展而上升。1989 至 1993 年期间提高 1 倍多，从每 1,000 人中 4.1 人增加到 9.4 人。见儿童基金会，国际儿童发展中心，《区域监测报告》，第 2 号。（1994 年 8 月），第 47 页。

⁸ 一个具有说服力的例子由匈牙利提供，在这个国家，转型期的时序清楚表明，酒精消费的下降和注册嗜酒者人数的下降掩盖过量酒精消费的令人惊愕的增长情况：采用 Jelinek 公式根据肝硬化致死的人数估计的酗酒人数，从 1990 年的 58.8 万人增加到了 1994 年的 104.8 万人。肝硬化致死的人数由 1990 年的 4,080 人增加到 1994 年 7,277 人。见《Központi Statisztikai Hivatal, Magyar Statisztikai évkönyv/匈牙利统计年鉴，1994 年》，（布达佩斯，1995 年），第 309 页。

⁹ 转型期前后保健统计资料的比较由于下列事实而复杂化了：苏联的死亡人数一般登记不足而且使用不同的定义。

¹⁰ 在原先的体系中，强调的是广泛的以住院治疗为基础的专科性护理。目前匈牙利和俄罗斯联邦正在发展新的体系。

¹¹ 这第三种改革已由匈牙利实施，它将保健和退休金付款与中央预算相分离，而

且设立保健基金和社会保障基金。

¹² 加勒特，劳里，《传染病的死灰复燃》，《外交事务》，1月/2月期（1996年），第69页。

¹³ 世界卫生组织，《1996年世界卫生报告：同疾病作斗争，促进发展》（世界卫生组织，日内瓦，1996年），第26页。

第四章

饥饿和营养不良

1. 几乎每一个国家都有人遭受饥饿和患有营养不良，尽管各国和各地区的程度和形式不大相同。本章将讨论有关饥饿和营养不良的一些一般趋势和政策性问题。不过，讨论主要将涉及发展中地区，因为在那里饥饿是极普遍的问题。事实上，发展中国家的营养不良总估计人数超过发达国家的总人口。以下事实也突出了饥饿和营养不良问题的紧迫性：联合国粮食及农业组织（粮农组织）大会在其1995年10月举行的第28届会议上要求于1996年11月在意大利罗马召开一次世界粮食问题首脑会议。这次会议重申了世界对消灭饥饿和营养不良的承诺，并为所有有关行为者通过了一项行动计划。¹

A. 有多少人营养不良？

2. 营养不良系指一种因基本营养消费量过少（或过多）而引起的一种病态。营养不良有不同方面，有些是可以测定的。但是由于存在概念和测定问题以及营养不良的不稳定性，对患有营养不良人数往往难以作出正确估计。此外，即使缺乏有关患有营养不良人数的确切数据，也不应当排除政策行动，因为对发展中世界的任何一次不定期观测都证实了这一问题的严重性。

3. 审查营养状况的一个办法是检查供消费用（但不一定消耗）的粮食供应量。一国的粮食供应量等于其粮食产量加上进口量减去粮食出口量。根据储备粮、用作种子和牲口饲料的粮食消耗情况以及工业非粮食用途的变化对这一数字进行调整，结

果你得到供消费用的粮食供应量。²

4. 自1970年代初以来,除东欧和撒哈拉以南非洲地区以外,几乎世界所有地区的饮食能量供应都有所增长(表4.1)。不过,自1979—1981年以来,拉丁美洲的情况几乎没有改善,南亚是人均饮食能量能应增长率出现增长的唯一发展中地区(以下事实忽略不计:撒哈拉以南非洲地区的负增长率略有改善)。撒哈拉以南非洲地区的饮食能量供应下降尤其令人忧虑,因为该地区的饮食能量供应也属最低水平。

表4.1. 人均饮食能量供应(千卡,三年平均供应量)

地区	能量供应			年平均增长率	
	1969—	1979—	1990—	1969—1971	1979—1981
	1971	1981	1992	至	至
	1979—1981	1990—1992			
世界	2,440	2,580	2,720	0.5	0.5
发达国家	3,190	3,280	3,350	0.3	0.2
工业化国家	3,120	3,220	3,410	0.3	0.5
转型经济国家	3,330	3,400	3,230	0.2	-0.5
发展中国家	2,140	2,330	2,520	0.9	0.7
拉丁美洲和加勒比地区	2,510	2,720	2,740	0.8	0.0
撒哈拉以南非洲地区	2,140	2,080	2,040	-0.3	-0.2
近东和北非	2,380	2,850	2,960	1.8	0.3
南亚	2,060	2,070	2,290	0.0	0.9
东亚和东南亚	2,060	2,370	2,680	1.4	1.1
最不发达国家	2,060	2,040	2040	-0.1	0.0

资料来源:粮农组织,《第六次世界粮食调查》(罗马,粮农组织,1996年)。

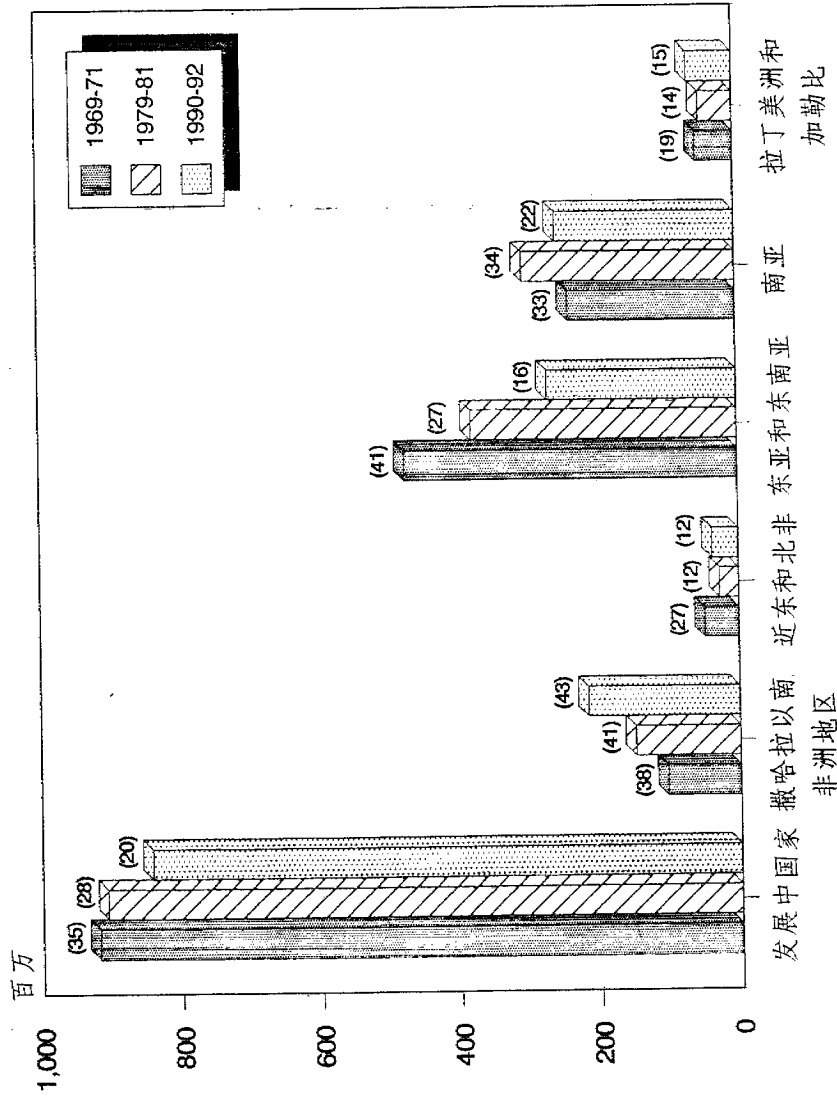
注:区域划分按粮农组织定义。以色列和南非划为工业化国家。除其他国家以外,近东和北非还包括阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和土耳其,但不包括苏丹。作为一个类别的转型经济国家是发达国家群组的一部分,包括前苏联和前南斯拉夫。

5. 用人均饮食能量供应测定营养不良程度的一个缺点是，它假设可供应的粮食是按需要量分配的。计算营养不足人数可以弥补这一缺点，尽管这种办法采用了一些自己的具有深远影响的假设前提。由于营养不良的意义是卡路里摄取量不足，因此必须确定最低能量需求量。必须确定能量需求量，这样，除了别的以外，尤其可以测定疾病、身材、体育活动、年龄和性别。其次，必须了解粮食分配情况，以计算属于最低需求量的人数。³ 截止点——年龄和男女性别截止点加权平均数——和分配情况各国各不相同，但是假设的前提是分配数在一段时间内相同。一段时间内的截止点只随着一段时间内的年龄和性别分配情况的变化而变化。1990—1992年期间，南亚的截止点是人均每日1790千卡，而东亚和东南亚是1880千卡。

6. 图4.1表明，发展中国家世界的营养不良者绝对人数和所占比例在1969—1971和1990—1992年间均有下降。⁴ 东亚和东南亚以南亚地区的改善情况尤其令人鼓舞，这几个地区的营养不良者人数大约下降了2亿。在98个发展中国家中，有56个国家的营养不良者百分比在1969—1971和1990—1992年间有所下降。有39个国家上升，3个国家保持稳定。

7. 1990年代初，发展中国家仍然大约有8.4亿人口患有营养不良症（与1969—1971年的9.18亿相比有所下降）。如同前几年，东亚和东南亚地区的营养不良人数仍属最高水平，尽管该地区已经取得很大进步。撒哈拉以南非洲地区情况最差；自1969—1971年以来，那里的营养不足绝对人数和百分比一直上升。在撒哈拉以南非洲地区，营养不足人数在1969—1971和1990—1992年中增加了一倍，1990—1992年占总人口的43%。在拉丁美洲和加勒比地区以及近东和北非地区，营养不足人数也有所上升，尽管从占人口百分比来看，几乎没有什么变化。

图 4.1. 1969—71、1979—81 和 1990—92 年间发展中地区营养不良人数



资料来源：粮农组织《第六次世界粮食调查》（罗马，粮农组织，1996年）。

注：括号中的数字为占总人口的百分比。

表 4.2. 儿童体重不足的情况

区域	体重不足儿童百分比			体重不足儿童人数 (百万)		
	1985	1990	1995	1985	1990	1995
所有发展中区域	33.8	30.4	30.9	165.7	160.2	167.3
中美洲和加勒比地区	14.0	12.7	12.2	2.5	2.4	2.5
南美	8.7	7.4	5.2	3.0	2.6	1.9
撒哈拉以南非洲地区	29.2	28.7	31.2	25.9	26.7	33.4
近东和北非	13.9	10.9	11.4	4.3	3.7	4.0
南亚	55.2	50.1	50.6	87.9	84.4	90.1
东南亚	36.0	33.8	32.0	20.2	19.6	19.1
中国	21.5	17.5	15.6	* 21.8	20.7	16.3

资料来源：联合国行政协调委员会/营养小组委员会，“第三次世界营养状况报告初步结果”（1996年2月7日）。

注：这次抽样调查包括95个国家。区域划分按行政协调会/营养小组委员会定义。除其他以外，近东和北美还包括塞浦路斯、伊拉克和土耳其。南亚还包括伊朗。数据系根据体重不足儿童的百分比（获自1970—1995年间不同年份进行的调查）与一些说明变量如人均国内生产总值之间的统计关系得出的估计数。

1. 儿童

8. 另一种测定营养不足的方法是采用人体测量法，也就是测量人体。人体测量法与上述方法相比，与粮食消费有更加直接的关系。⁵除疾病外，儿童的身体测量数值对蛋白质和卡路里摄入量的变化尤其敏感。最常用的指标是两上以上低于参数数值中间值的标准偏差。⁶这一百分比表明严重营养不足和中度营养不足的程度，而三次标准偏差的截止点只表明严重营养不足。

9. 在中国、东南亚以及拉丁美洲和加勒比地区，1985至1995年间营养不良儿

童百分比继续下降,尽管下降幅度较小,而且营养不良儿童百分比在南亚地区仍然很高(表4.2)。在这些地区,营养不良儿童总数也有下降,但中东和加勒比地区除外,那里的营养不良儿童人数仍然没有下降。

10. 不过,撒哈拉以南非洲地区和南非没有取得这样的进步。相反,1990—1995年间儿童营养不良情况进一步恶化。近东和北非地区的情况同样如此,但是那里的营养不良程度和发生率要低得多。南亚是发生率最高的地区,该地区的营养不良儿童人数占发展中世界总数的一半以上。在撒哈拉以南非洲地区,自1980年以来没有取得任何进展,当时营养不良儿童人数低于1985年,1990年代仍然看不到任何改善。

11. 这一办法的根据是对人体测量调查进行的一次比较详尽的分析。有38个国家进行了一次以上全国性调查,最近的一次是在1990年代。在38个国家中,有9个国家的体重不足儿童的百分比出现上升,其中非洲有6个,拉丁美洲和加勒比地区有2个,亚洲有1个。另外9个国家没有变化(在这些地区中分布相当均匀。在其余20个国家,营养不良儿童的百分比有所下降。⁷

12. 为什么南亚儿童的营养不良发生率会如此之高而且大大高于非洲或任何其他地区?在这一问题上没有取得明确的一致看法。一些因素,其中特别是贫困、不平等、粮食生产和政府干预会产生相反的可能性,或者至少会产生发生率相等的可能。其中有些差异可以归因于非洲儿童的死亡率较高。儿童夭折的部分原因可以说是营养不良,但一个儿童死后,他或她不再算入营养不良儿童。⁸在南亚,儿童出生时体重轻、发病率高以及卫生水平低是其他可能的因素(如果医疗保健措施较好,也许可以防止这些因素导致死亡率提高。)最后,喂养办法、与母乳喂养有关的因素以及采用其他食品等,这些也可能起到一定的作用。⁹

2. 微量营养素不足

13. 即使食物有足够的热量，也可能缺乏某些对人体健康至关重要的营养素。事实上，微量营养素不足的现象比饮食能量不足的现象普遍得多。最常检测的三种营养素是维生素 A、碘和铁（见表 4.3）。在食品中添加这三种营养素几乎不用增加任何成本，这是一种预防疾病的具有成本效率的方法。缺乏维生素 A 会导致失明，并影响身体其他一些部分的发育和功能，尤其是免疫系统。1995 年，大约有 280 万 5 岁以下儿童患有维生素 A 缺乏症，临床表现为结膜干燥症。另外还有 2.51 亿人口患有维生素 A 缺乏症，他们发生死亡或严重感染的可能性比常人平均高出 20 倍。然而，一些国家最近在减少维生素 A 缺乏症方面取得了进展，例如通过强化食品，例如糖。

14. 因缺碘易引起的失调是引起胎儿和儿童的可预防的脑损伤的最重要原因。在 1990 年初，大约有 16 亿人口居住在土壤中含碘不足的地区，6.56 亿人口患有甲状腺肿大，其中近半数人居住在亚洲。过去几年中，在食盐加碘方面已经取得了显著的进展，这是最简单的办法。在缺碘已成为重要的健康问题的 118 个国家中，采取全国食盐加碘方案的国家从 1990 年的 46 个上升到 1995 年的 83 个。由于食盐加碘的成功，使得有可能实现 1990 年举行的世界儿童问题首脑会议以及 1992 年举行的营养问题国际会议通过的目标：2000 年基本消除碘缺乏现象。

15. 铁缺乏和贫血症对儿童的身体和认知能力发育以及免疫系统具有不利的影₁响，引起疲₂劳，并降低成人的工作能力。孕妇尤其易患贫血症，而贫血症会阻滞胎₃儿发育，增加出生时体重轻的可能性，并增加围产期死亡率和产妇死亡率。1990 年代初，有 20 多亿人口患有铁缺乏症或贫血症。据估计，在发展中国家，一半以上的

表4.3. 受微量营养素缺乏威胁和影响的
人口最近估计数 (百万)

区域	碘缺乏		维生素 A 缺乏 ^a		铁缺乏或贫血症
	受威胁者	患者 (甲状腺肿大)	受威胁者	患者 (干眼病)	患者
全世界	1, 571	656	251	2.8	2, 150
美洲	167	63	16	0.1	94
非洲	181	89	52	1.0	206
欧洲	141	97	—	—	27
地中海东部	173	93	16	0.1	616
东南亚	486	175	125	1.5	149
太平洋西部	423	139	42	0.1	1, 058

资料来源：世界卫生组织，《营养：世界营养问题宣言和营养行动计划范围内最近活动的重点》，(日内瓦，世界卫生组织，1995年12月)，第5页。

注：区域划分根据世界卫生组织的定义。欧洲包括土耳其、东欧和苏联的所有继承国。地中海东部包括西亚、吉布提、埃及、利比亚、摩洛哥、索马里、苏丹和突尼斯，但不包括阿尔及利亚、埃塞俄比亚和厄立特里亚。除其他以外，太平洋西部还包括澳大利亚、中国、日本、马来西亚、新西兰、大韩民国和越南。

a. 维生素 A 缺乏症估计数系指 5 岁以下儿童。

孕妇患有贫血症。

3. 饥荒

16. 作为饥饿的最后一项指标，我们对它的最极端形式即忍饥挨饿进行分析。粮食消费突然暴跌的形势导致普遍挨饿，饥荒就是死亡。庆幸的是，最近几十年来，发生饥荒的次数已经下降。近年来仅有的几次普遍饥荒均与内战有关，例如 1991—1992 年索马里发生的饥荒，以及苏丹在过去 10 年中间断发生的饥荒。导致饥荒的日益减少的主要原因是政府及时并成功地进行了干预。不过，这并不意味着在和平环境

下不存在饥荒的危险，只是意味着饥荒是可以防止的。然而，干预主要取决于政府的体制和财政能力、准备程度以及承诺。在发生国内战争时，这些条件难以实现，往往需要依靠国际行动。不过，由于对这类国际干预的形式没有作明确规定，因此，结果往往导致严重的不必要的灾难。¹⁰

B. 政策问题

17. 如果有效的政策不需要精确计算营养不良人口，那么也就不必对引起营养不良的原因作精确的分析。确定营养不良的因素往往是从粮食享有量的角度加以分析的。粮食享有量取决于一个人或家庭的捐赠（土地、劳力和牲口）以及他们通过贸易或生产所能获得的粮食数量。如果因为全家耕作的这块土地过小或收成过差、收入不足、或者失业等原因而造成粮食享有量的不足，结果就会导致营养不良。对粮食享有量来说，价格是特别重要的决定因素。例如在非洲，70%的小生产者是非粮食买主。¹¹如果当就业、工资、产出价格或产量大幅度下降，或粮食价格暴跌时，未能得到应当得到的粮食，结果就会发生挨饿。例如，一场自然灾害就可能造成这种情况。自然灾害可以破坏局部地区的生活，但是，如果该地区生产非粮食农产品，那么对该国整个粮食供应影响甚小，或者根本不会产生任何影响。不过，由于受灾地区缺乏购买力，市场就不供应粮食，因此就需要进行干预以恢复粮食保障定额。

18. 当然，粮食享有量不足与贫困有密切关系。因此，往往有人坚持认为，饥饿和营养不良的最重要决定因素是贫困。关于减轻这一根源及有关原因——失业——的政策在本报告其他章节中加以讨论。本节讨论有关营养方面的一些具体政策问题。

1. 生产

19. 在发展中国家,农业生产是粮食享有的最重要的决定因素之一。粮食生产增加总的说来有利于提高收入,增加就业,无论对出售其产品并购买粮食的农民还是对农业工人来说,这都是粮食保障的重要决定因素。粮食生产与粮食享有量另有三种联系。¹²许多人,主要是自给小生产者,生产的粮食供自己消费。此外,粮食产量还是粮食价格的一项重要决定因素,影响到纯购主购买粮食的能力。最后,维持粮食贮备以弥补粮食生产不足的能力受粮食产量的影响。

20. 在亚洲和拉丁美洲,尤其是在亚洲,自1960年代中期以来粮食生产一直取得丰收,这应当归因于绿色革命:在重视灌溉和肥料的同时,增加使用了新的高产品种。这大大促进了能量供应的增加(见表4.1)。相反,非洲是自1970年代初以来人均粮食产量持续下降的唯一地区。尽管绿色革命技术改变了亚洲的农业,但是非洲从这一技术中几乎没有获益。非洲的失败主要可以归因于:缺乏适合于非洲自然条件的种子;当地研究能力薄弱;促进采用绿色革命技术的支持系统不发达,包括推广服务、信贷和基础设施。因此,需要进行研究,以开发低危险、低成本的适合于非洲的靠雨水灌溉的种子品种,这种品种应当无需许多外部投入,如杀虫剂和化肥,而且具有抗旱和抗病的特点。¹³

21. 总的说来,增加生产的能力受到以下方面的限制:劳动力(季节工)、人力资源和土地利用没有得到充分开发,信贷、运输、销售、基础设施以及投入,例如种子、化肥和推广服务。这些限制因素中,有些需要政策性干预,部分原因是它的涉及到公用消费品。价格刺激措施也很重要,但它们往往只是必要的条件,而不是足够的条件,因为非价格限制因素一般说来最为重要。因此,对生产者价格变化的总的供应

反应一般较小，只有加以投资以减轻非价格限制，从长远（长达 10 至 20 年）看反应才会变大。¹⁴

2. 有目标干预

22. 旨在增加生产的政策措施的效果不会马上感觉到。此外，这种措施可能没有包括向无地者和城市穷人，或者甚至小生产者提供粮食保障额。因此，还需要另外制定措施以减轻营养不良状况。事实在，一些国家政府已经使用了一些目标措施，包括从粮食补贴、就业方案到提高粮食享有量。¹⁵

23. 作为自 1980 年代初开始执行的结构调整方案的一部分，许多发展中国家已经减少了粮食补贴。这种补贴明的通过预算拨款，暗的在进口粮食时通过定值过高的汇率。无目标粮食补贴可能占政府开支的相当大的比例，在很大程度上往往有益于非穷人，这种补贴在许多情况下已被有目标干预所取代，例如有选择的补贴，粮食配给，食品券和补充食品。选定目标的根据是选择一种低档食品（估计主要是穷人消费的食品），地理区域、收入、就业状况、季节和在诊断的看病率。但是，存在一些滥用和损耗的问题，情报部门需要制定目标方案并提高管理方案的能力。各种文书的效力最终必须与它们在主要政治和经济形势中所起的效果相平衡。

24. 政府就业方案是自 1980 年以来一直流行的干预行动的一种形式，部分是因为为这种方案制定目标更加容易。这种方案可以同时解决一系列问题，例如粮食享有量、防止饥荒、贫困以及基础设施薄弱。在一些基础设施薄弱成为经济发展的主要限制因素的国家，政府就业方案雇用工人建造基础设施，如道路和灌溉系统，这样带来的好处远远超过营养方案对参加者的影响。不过，这种好处部分取决于设计和执行

这类方案的能力，还取决于他们纳入主流政府规划的程度。此外，灾害如干旱的早期预防方案能大大改善政府就业方案的长期利益。最后一点是，把穷人作为方案目标对他们的成功至为重要。对穷人最有利的办法是：集中力量消除贫困的根源，例如缺乏基础设施；重点放在最贫困地区；依靠自定目标，办法是制定一种低（但是足够维持生计）工贸率（低于市场利率）。

3. 贸易

25. 在发展中国家，国内生产的波动部分通过国际贸易缓和。¹⁶据粮农组织推测，在1980年代，世界谷物储存占世界粮食消费的百分比从未低于最低粮食需求的17%，目的是为了确保世界粮食安全。¹⁷然而，自1993年以来，主要出口国（美国和欧洲联盟）的谷物储存持续下降。1995年，谷物储存下降到世界粮食消费的14%，达到20多年以来的最低水平。1996年年中，粮农组织预测1997年大致保持有相同水平或略有提高。结果，1993—1996年期间谷物价格暴涨，¹⁸从而导致一些粮食生产不足国家1995年粮食进口费用增加，例如北非的一些国家。

26. 1990年代初的这种全球供求形势部分与气候有关，但也不能排除一些结构性现象所起的作用。自1970年代初以来，发展中国家的谷物净进口一直增长，除南亚以外，给所有主要发展中地区都带来影响。预计在2010年以前，所有发展中国家的净进口量都会出现增长。相反，转型经济国家可望从1990年代初的生产下降形势中缓慢恢复，在不久的将来成为净出口国，并逐渐增加净出口量。¹⁹尽管对欧洲联盟的共同农业政策进行了改革，并执行了多边贸易协定乌拉圭回合农业协定，该协定将减少农业进口保护和出口补贴，并有可能减缓发达国家的净出口增长，但如同过去一样，可望通过发达国家的净粮食出口取得平衡。

注

¹ 编写本章时参考了世界粮食问题首脑会议的背景文件。

² 没有对零售和家庭的粮食损耗进行修正。不过，过高估计的程度在发展中国家可能较小，尽管在发达国家较大。见粮农组织，《第六次世界粮食调查》，（罗马，粮农组织，1996年），第40和第129页。

³ 假设这种分布处于对数正态，有一个相当于人均日平均能量供应的平均值的一个直接或间接基于家庭调查的变量系数。因此，假定家庭内部的分配是平等的，这是一种或然性假设条件，见肯尼迪、艾琳和豪沃思·E. 布伊思的《农业与营养的联系：关系到政策和研究》，（华盛顿，粮食政策研究所，1993年），第4页。关于方法的叙述见粮农组织，《第六次世界粮食调查》，（罗马，粮农组织，1996年）。

⁴ 粮农组织在《第六次世界粮食调查》中提出了一个新的概念：粮食不足。它指出，这一概念与营养不足相似，因为两者都系指相对于需求的能量不足。不过，出于三个理由，它们并不一致。第一，粮食不足并未计及成人感染疾病时对能量需求的增加。（就儿童而言考虑到这一点。）第二，人体不受到严重感染的情况下，也许不能吸收所消费的粮食。第三，有些学者坚持认为，人体能够适应的能量需求可能有各种变量。不过，这种方法部分说明了这一点，因为最低能量需求系指由于体重和活动水平不同而引起的个人间变量范围的下限，低于下限，人未必能够适应，也不可能不危及健康（尽管存在以下事实：这些个人间变量与新陈代谢适应的可能性无直接关系）。前两个因素会导致估计不足，第三个因素会导致对营养不足的真实程度估计过高。因此测定的结果是粮食不足，该数据必须被看作是营养不足的真实程度的近似值。这里，我们把粮食不足当作营养不足。见粮农组织，《第六次世界粮食调查》，第3—5、44页。

⁵ 不过,如果儿童以减少活动来保留足够能量供按标准生长之用,人体测量标准是不适当的。因此,有可能造成对营养不足程度估计不足。出处同上,见第6、64页。

⁶ 按照粮农组织所建议,把身材测定结果与美国的假定营养良好的儿童的标准身材进行了比较。研究结果表明,其他国家的正常、健康和营养充足的儿童,不论来自哪一种族,其生长情况都几乎始终与上述参考标准相接近。参见粮农组织和世界卫生组织,《营养与发育:全球评估》,修订版,(罗马,粮农组织和世界卫生组织,1992年),第11页。

⁷ 儿童基金会,《各国进展,1996年》(纽约,儿童基金会,1996年),第20页。七国在印度(该国占南亚的大部)进行的一次调查确认)表4.2的示范估计,即体重不足儿童的百分比正在上升。

⁸ 当营养不足儿童夭折时,营养不良儿童百分比的分子和分母都下降,但从百分比看,分子减少更多一些(除非所有儿童都营养不良。这样,营养不足程度就下降了。

⁹ 关于这些因素的讨论,参见 Ramalingaswami、Vulimiri、厄本·琼森和乔恩·罗德,“亚洲的谜”,《各国进展,1996年》,(纽约,儿童基金会,1996年),第11—17页。

¹⁰ 关于饥荒及其预防的分析,参见联合国,《1993年世界经济概览》(纽约,联合国出版物,出售品编号E.93.II.C.1),第六章。关于饥荒分析的经典参考书是森·阿马特亚,《贫穷与饥荒:论粮食享有量和享有量的剥夺》,(牛津,Clarendon出版社,1981)。

¹¹ 韦伯、迈克尔·T.等,“报告非洲的粮食安全决定:经验主义分析和政策对话”,《美国农业经济杂志》,第70卷第5期(1988年),第1044—1052页;阿利、里德旺和巴巴拉·皮特金,“寻求非洲的家庭粮食安全”,《金融与发展》,第28卷,第4期(1991年12月),第3—6页。

¹² 见森·阿马特亚,《饥饿与粮食保障定额》,(赫尔辛基,世界发展经济学研究

所, 1987年), 第10—11页。

¹³ 关于非洲绿色革命的研究所需经费, 部分可由基因材料库的潜在收入资助, 基因材料库现在由粮农组织赞助, 详情见在联合国提出的一项提案, 《1995年世界经济和社会概况》, (纽约, 联合国出版物, 出售品编号E. 95. II. C. 1), 第140—142页。

¹⁴ 见世界银行, 《非洲的调正: 改革、成果以及今后的道路》, (牛津, 牛津大学出版社, 1994年), 第148页。

¹⁵ 例如, 参见粮农组织, 《1995年粮食与农业状况》, (罗马, 粮农组织, 1995年), 第65—69页; 粮农组织, “粮食安全与营养”, 世界粮食问题首脑会议, 技术论文, 第9期, 临时文本(罗马, 粮农组织, 1996年6月), 第24—26、30页; 迈克尔·利普顿和Martin·Ravallion, “贫穷与政策”, 载于Jere·Behrman和T. N. Srinivasan合编的《发展经济学手册》, 第3B卷(阿姆斯特丹, 北荷兰, 1995年), 第2551—2657页; Per Pinstrup—Audersen, “有目标的营养干预”, 《粮食与营养简报》, 第13卷, 第3期(1991年9月), 第161—169页; 以及乔基姆·冯·布朗编辑的《就业可以促进减轻贫困和粮食安全》, (华盛顿, 粮食政策研究所, 1995年)。

¹⁶ 在发达国家尤其通过以下办法来缓和国内生产波动: 当粮价高涨时, 就减少牲口的粮食饲料。世界谷物生产中, 大约20%是用于牲口饲养。例如1972—1974年期间, 美国饲料消费下降的数量相当于全球粮食生产不足的数量。

¹⁷ 见联合国的《1993年世界经济概览》(纽约, 联合国出版物, 出售品编号E. 93. II. C. 1), 第145页。

¹⁸ 例如, 小麦和玉米价格上涨60%以上。

¹⁹ Alexandratos, Nikos, “2010年世界粮食与农业前景”, 载于Nurul Islam编辑的《二十一世纪初的人口和粮食: 满足日益增加的人口的今后粮食需求》(华盛顿, 粮食政策研究所, 1995年), 第25—48页。

第五章

教 育

1. 20世纪受教育机会迅速扩展。自1960年以来全世界的小学 and 中学注册入学人数从估计的2.5亿儿童增加到10亿以上。过去20年中高等教育的入学人数翻了一番还多,从1970年2800万学生增加到今天6000万以上。识字成年人几乎增加了两倍,从1960年约10亿增加到27亿多人。¹正规教育已成为培养人的能力、传播知识和文化遗产以及提高生活质量的主要手段。但是,受教育机会和知识在各国内和各国间的分布都依然是不均衡的,造成了就业机会和收入的长期不平等,也助长了社会紧张形势。

2. 1990年代开始了探索基础教育如何扩大范围并提高普及率和教育质量的新的追求。因此,1990年在泰国宗滴恩举行的世界全民教育会议上,²155个国家保证要在90年代结束时向全体儿童普及初等教育并大大减少成人文盲。世界全民教育宣言和行动框架签署国认识到了重要的是提供技能作为终身学习的必要基础。按会议的定义,基础学习要求包括知识、技能、态度和价值,这些被视为生存的关键条件和生活质量的决定因素。

3. 按照上述目标,本章将简要综述正规教育现状,审查入学情况、教育质量和教育部门的政府支出。然后按照关于“基础学习需求”这一现行重点,将简要审查成年文盲现象。最后以简短讨论新出现的政策问题结束本章。

A. 正规教育现状

4. 1996年6月在约旦安曼举行的全民教育问题国际协商论坛的十年中期会

议评审了执行宗滴恩会议目标的进展情况。报告反映了各种不同情况。

1. 入学情况

5. 关于总的入学情况的综合数据表明 1990 至 1993 年几乎所有地区都设法提高了综合入学率（见专栏 5.1 和表 5.1）。东亚和南亚的增长最引人注目，其总的入学率提高了 3 个百分点以上。其他地区的成绩也不错，撒哈拉以南非洲除外。

表 5.1. 按教育等级和性别分列的总入学率

地区	年份	所有等级			初等			中等			高等		
		合计	男	女	合计	男	女	合计	男	女	合计	男	女
发展中国家	1990	52.2	57.0	47.2	98.9	105.6	91.8	41.9	47.5	35.9	7.0	8.5	5.5
	1993	54.7	59.2	50.0	98.6	104.4	92.6	45.7	51.1	40.1	8.8	10.7	6.8
撒哈拉以南非洲	1990	39.8	44.0	35.5	72.6	79.2	66.0	21.8	25.0	18.6	3.0	4.1	1.9
	1993	40.4	44.5	36.3	72.8	79.2	66.3	23.4	26.4	20.5	3.4	4.7	2.2
阿拉伯国家	1990	58.3	65.3	51.0	89.1	98.5	79.3	53.7	60.8	46.3	12.5	15.5	9.3
	1993	59.2	65.6	52.5	90.6	99.2	81.6	54.6	60.7	48.3	13.1	16.7	9.5
拉丁美洲和 加勒比	1990	67.0	67.6	66.5	106.8	108.6	105.0	51.7	49.5	54.0	17.1	18.2	16.0
	1993	69.2	69.6	68.9	110.0	112.1	107.8	54.8	52.2	57.4	18.0	18.2	17.9
东亚和大洋洲	1990	54.3	57.2	51.2	118.1	121.8	114.2	46.0	50.3	41.5	4.8	5.6	3.9
	1993	57.6	60.1	55.0	113.1	115.3	110.8	51.5	55.1	47.7	7.2	8.5	5.8
南亚	1990	47.6	55.7	38.8	88.7	100.4	76.3	39.4	48.5	29.5	6.8	9.2	4.1
	1993	50.9	58.6	42.5	92.7	102.8	81.9	43.7	52.8	34.0	8.2	11.5	4.7
最不发达国家	1990	34.0	39.0	28.8	67.4	75.3	59.4	17.4	21.8	12.9	2.6	3.8	1.4
	1993	35.1	40.3	29.8	70.1	78.3	61.8	17.8	22.3	13.2	3.3	4.8	1.7
发达国家和转型 经济国家	1990	80.8	79.8	81.9	99.4	99.7	99.1	95.1	93.9	96.4	44.3	42.2	46.5
	1993	82.3	80.9	83.7	101.3	101.5	101.0	94.7	93.0	96.5	47.4	44.7	50.2

资料来源：教科文组织，《统计年鉴》（巴黎，教科文组织，1995年）。

专栏 5.1

计算入学率

总入学率用学校中注册入学人数除以该国人口的学龄儿童人数得出。虽然并无普遍通用的一致标准,大多数国家认为小学年龄为 6 至 11 岁、中学年龄为 12 至 17 岁。高等学校入学率为中学后学校和大学的注册入学学生人数除以人口中 20 至 24 岁的人数。因此,总入学率包括某一教育等级学校所有注册入学的学生人数而不论其年龄如何。另一方面,净入学率则只用相关学龄组作为分子。本章使用的教科文组织数据是按不同国家教育系统和初等、中等学校就读情况计算得出的。高等教育全部用年龄 20—24 岁的人口数字。中等教育包括普通教育、师范教育和职业教育。高等教育包括综合大学和其他高等教育机构。

(a) 初等教育

6. 世界大部分地区,特别是发展中国家的小学生总人数都增加了(见表 5.1)。发展中国家初等教育的入学总人数从 1990 年 4.955 亿增加至 1995 年 5.446 亿。所有发展中国家地区入学人数的增长速度超过了 6 至 11 岁人口的增长速度,但撒哈拉以南非洲除外,那里 1995 年未能上学儿童总人数超过 1990 年水平将近 200 万人。发展中国家作为一个国家组,仍然面临着要将 1.09 亿儿童(其中大多数为无机会接受初等教育的女孩)纳入学校系统的庞大任务。事实上,尽管净入学率有某些提高,但发展中国家有相当比例的小学年龄儿童依然处于学校系统之外(表 5.2)。这方面最令人不安的是撒哈拉以南非洲的情况,那里几乎 30% 的小学年龄儿童不上学。

7. 发达国家和转型经济国家的初等教育入学率历来较高。然而,1990 年代上半期在某些转型经济国家未能持续这一趋势,例如阿尔巴尼亚、格鲁吉亚和乌克兰

(见图 5.1)。

(b) 中等教育

8. 发展中国家中等教育的入学人数也增加了(见表 5.1)。例如, 南亚总入学率从 1990 年的 39.4% 提高到 1993 年的 43.7%。东亚和大洋洲的总入学率增长了 5 个百分点以上。1993 年发展中国家中等教育入学率最高的是拉丁美洲和加勒比地区, 阿拉伯国家紧跟其后。撒哈拉以南非洲尽管经济困难, 也设法将中等教育入学率提高了几乎 2 个百分点, 但是, 发展中地区仍然没有任何国家达到工业化国家的入学人数水平。

表 5.2. 初等教育净入学率估计数 (百分比)

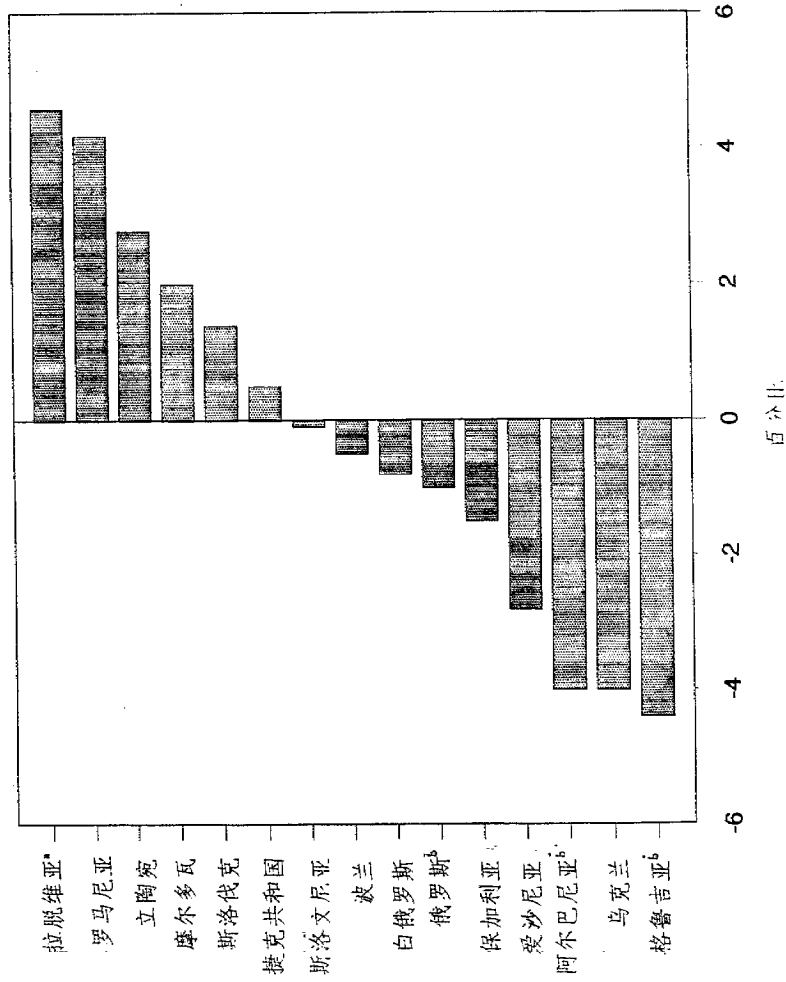
地区	1990	1995
东亚和大洋洲	85.0	90.7
南亚	74.6	80.3
拉丁美洲和加勒比	85.4	90.8
撒哈拉以南非洲	56.5	61.1
阿拉伯国家	74.9	79.8

资料来源: 联合国教育、科学及文化组织 (教科文组织), 1996 年。

注: 净入学率为当前在学校注册入学的小学年龄 (6 至 11 岁) 儿童的百分比。

9. 转型经济国家的中等教育状况参差不齐。15 个国家中 10 个国家 1990 至 1994 年中学教育入学率下降(图 5.2)。格鲁吉亚和乌克兰的入学率下降最为急剧, 分别下降了 19 和 16 个百分点。

图 5.1. 1990 年和 1994 年某些转型经济国家初等教育入学率差别



资料来源:儿童基金会,“贫困、儿童和政策:为了更光明的未来”,转型经济国家研究,区域监测

报告 3(弗洛伦斯,儿童基金会,1995 年),第 147 页。

a. 1991 年

b. 1993 年

10. 发达国家中等教育总入学率略有下降。但是它们在净入学率方面取得了某些进展。留在教育系统内超过最低离校年龄的青年人数有所增加,尤其是在欧洲。³例如,联合王国16岁男性全日上学的比例从1991—1992年的64%上升到1993—1994年的71%,而女性的这一比例则从72%上升到77%。所有16—24岁青年人的参与率增加了5个百分点。⁴

(c) 高等教育

11. 除亚洲以外,1990—1993年期间高等教育入学率并无多大变化(见表5.1)。另一方面,拉丁美洲和加勒比、东亚和大洋洲高等教育女性入学率有显著增长。而1990至1993年发达国家高等教育女性参与率最为令人注目,提高了3.7个百分点。

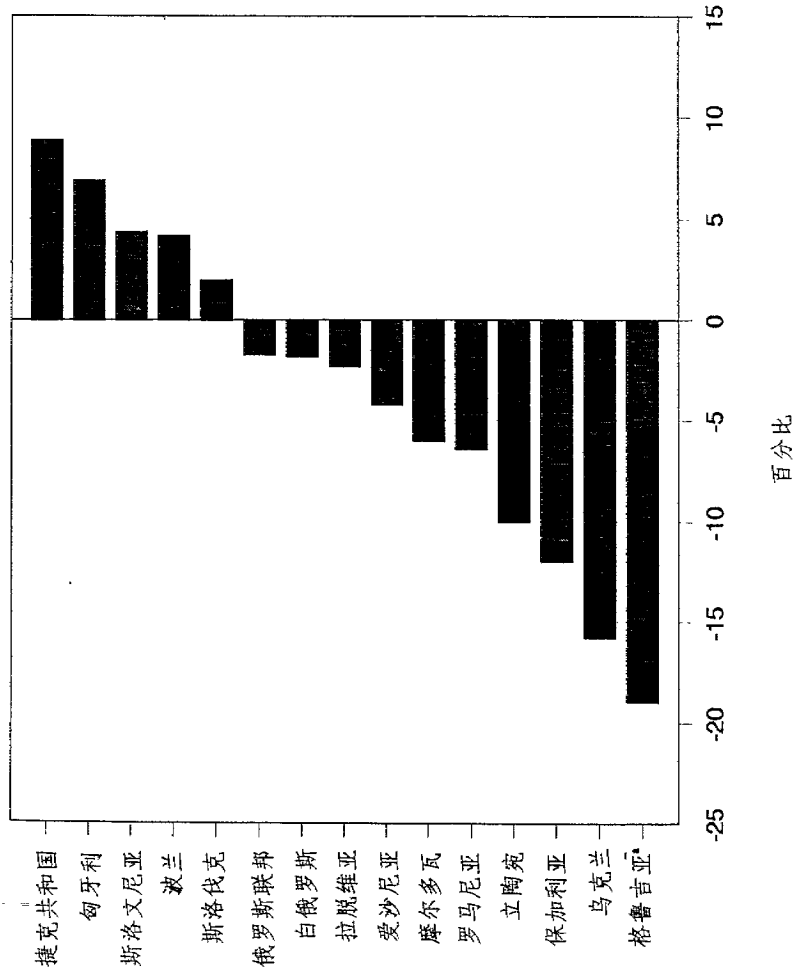
12. 大多数国家的女生集中在教育和人文学专业。例如,1992年这些领域的女生百分比分别为:印度53%和44%、日本73%和74%、马来西亚57%和53%。⁵

13. 许多转型经济国家学生分布情况明显地从诸如工程和医学科学等领域转向经济、金融和法律。例如,在俄罗斯联邦和乌克兰在过去四年中高等技术学校和高等医科学学校的申请入学人数大为减少。许多培训学生基础科学的著名学校现在也陷入了深刻危机。例如,立陶宛获得工程学位的毕业生百分比从1990年28.5%降至1994年约22%。⁶

(d) 义务教育年限

14. 1990年以来,义务教育年限几乎没有什么变动,约旦和斯里兰卡除外。发展中国家与发达国家义务教育年限的差距依然很大(表5.3)。大多数发展中国家的义务教育为4至8年,而发达国家的义务教育至少为8年。只有少数几个发展中国

图 5.2. 1990 和 1994 年某些转型经济国家中等教育入学率差别



资料来源: 儿童基金会, “贫困、儿童和政策: 为了更光明的未来”, 转型经济国家研究区域监测

报告 3(弗洛伦斯, 儿童基金会, 1995 年), 第 147 页。

a. 1993 年。

(例如巴林、加蓬、马来西亚、纳米比亚、秘鲁、南非、斯里兰卡、委内瑞拉)能够弥合这种差距。

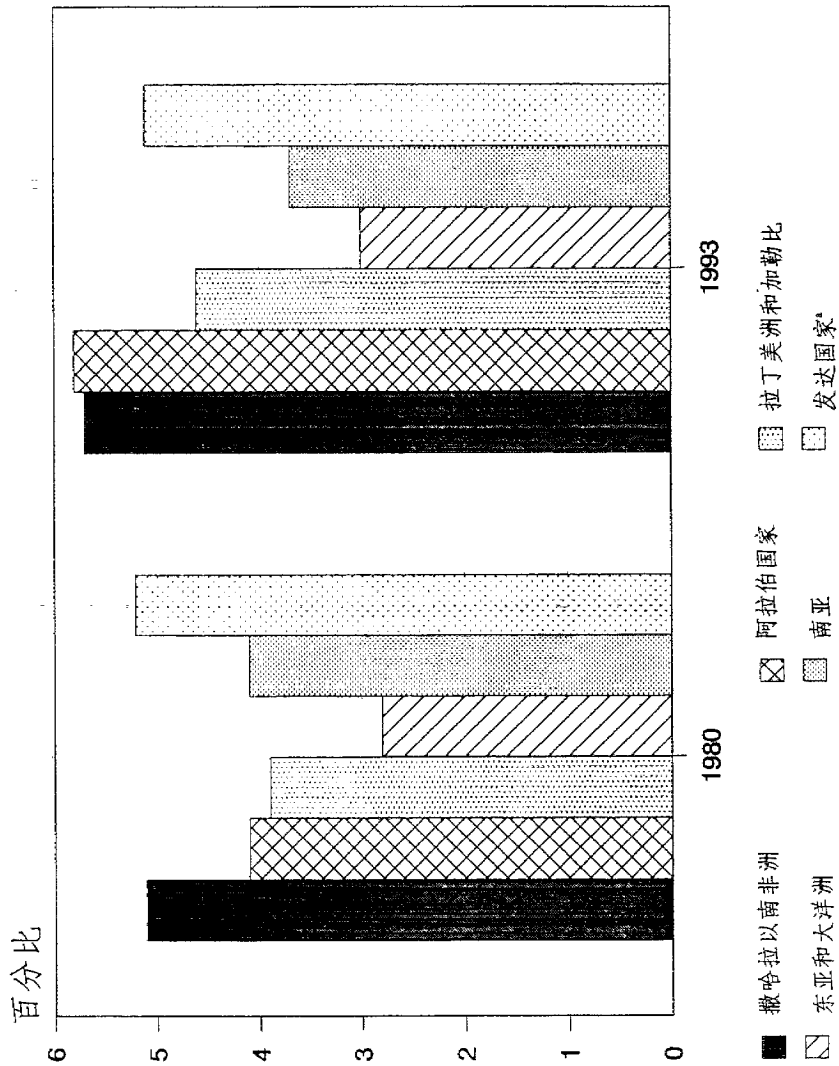
(e) 社会差别和男女差别

15. 入学情况的动态和构成突出了若干必须解决的问题。发展中国家面临的最严重任务之一是改善受教育机会方面的男女平等。如表 5.1 所示,女性入学率通常低于男性入学率。然而,这一现象在各地区和各国的程度却并不相同。拉丁美洲和加勒比的男女入学率大致相等,而其他发展中国家的女性入学率一直较低。然而,阿拉伯国家和南亚取得了某些进展,特别是在初等和中等教育方面。另一方面,1990 至 1993 年这两个地区高等教育方面的性别差距却扩大了。

16. 在某些发达国家和发展中国家需要作出格外努力来消除学校入学情况方面重大的城乡、种族和阶层差别。贫穷家庭儿童,尤其是农村地区的贫穷家庭儿童和少数民族儿童,比起富裕家庭或占优势的多数儿童来,往往入学率较低,而且辍学者较多。许多低收入国家普遍使用童工(城乡地区均如此)常常干扰儿童上学(见第四章)。据劳工组织估计,1995 年全世界小学年龄童工人数共有 1.28 亿。约有 50% 的中学年龄儿童从事某种形式的经济活动。⁷这些国家的辍学率极高。例如,1991 年组的一年级生持续读到五年级的人数百分比,埃塞俄比亚不到 25%,马达加斯加 28%,海地 45%,尼泊尔 47%。⁸

17. 大多数国家农村地区的学校入学率和辍学率情况比城区差得多。根据某些估计数,1993 年智利农村地区中学覆盖率为 49%,而城区为 85%。例如 1992 年巴西中等教育 12 岁儿童入学率,城区为 91%,农村地区为 75%,而 15 岁儿童入学率则分别为 73%和 45%。⁹

图 5.3. 1980 和 1993 年政府教育支出占国民生产总值百分比
(根据现行市场价格)



资料来源: 教科文组织,《1995 年统计年鉴》(巴黎, 教科文组织, 1995 年)。

a. 包括转型经济国家。

18. 几乎所有多民族国家中一些少数民族的辍学率要高于优势群体或多数民族。例如, 1993年美国西班牙人和黑人中学的辍学生人数分别高于全国平均数12.7个百分点和3个百分点。¹⁰在有大量土著居民的国家——拉丁美洲国家、俄罗斯联邦、澳大利亚和新西兰也可看到类似趋势。例如, 墨西哥土著居民聚居地区小学平均辍学率为非土著居民为主地区平均辍学率的两倍。¹¹

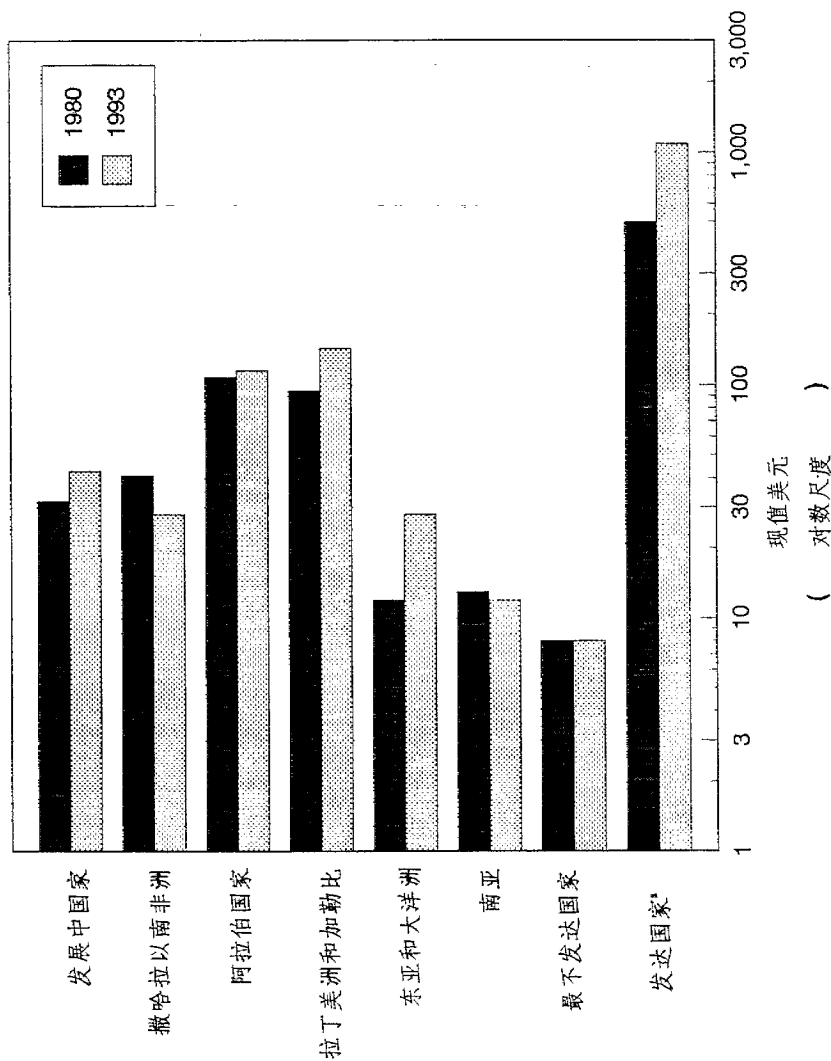
19. 证据表明, 许多国家低收入阶层儿童的教育程度落后。最近关于七个拉丁美洲国家的研究表明, 青年人其家庭属于收入分配中两个最低四分位数者比其家庭属于两个最高四分位数者所完成正规教育要少四年。¹²需要针对目标群体作出努力来纠正这种不平衡, 以确保人人有机会受教育。

2. 政府教育支出

20. 许多发展中国家尽管极力表示保证基础教育, 却无力普及教育。1980年以来, 发展中国家增加了政府教育支出所占国民生产总值的份额, 南亚除外(见图5.3)。按人均计算, 东亚以及拉丁美洲和加勒比的政府教育支出较其他发展中地区增加得快(见图5.4)。1980至1992年东亚每居民政府教育支出翻了一番多, 而拉丁美洲国家则增加了30%。然而, 撒哈拉以南非洲和南亚国家自1980年以来人均政府教育支出下降了。但必须谨慎对待的是,¹³此处提出的数据是根据表面价值, 因而未考虑到价格上涨对教育费用的影响。这样, 一旦考虑到通货膨胀因素, 则实际教育支出与此处所提出的数字相比, 东亚和拉丁美洲或许并未增加得如此可观, 而撒哈拉以南非洲和南亚却减少得更为显著。

21. 1980—1993年发展中国家与发达国家人均政府教育支出之间的差距有所扩大。在该期间, 发展中国家平均人均政府教育支出从占发达国家人均政府教育支出

图 5.4. 1980 和 1993 年每居民政府教育支出



资料来源: 教科文组织,《1995 年统计年鉴》(巴黎, 教科文组织, 1995 年)。

a. 包括转型经济国家。

的 6.4% 下降到 4.0%。¹⁴

22. 应指出的是许多发展中国家由于国民收入依然较低,再进一步增加政府教育经费可能有困难。若干国家因财政赤字无法维持和外债偿付额不断上升必须进行财政调整,限制了其政府增加教育预算的能力。试图将费用转嫁给家庭和社区以解决资源短缺的作法也遇到了困难。有些国家人均收入极低,限制了社区和家庭的能力,无法对儿童教育提供比过去更多的投入。增加低收入家庭的负担可能对学校入学率尤其是女孩入学率产生不利影响,因为对初等教育的需求是价格敏感的。

23. 尽管如此,许多发展中国家已在设法采用各种不同方法在不提高费用的情况下提供公立初等教育。例如,哥伦比亚、塞内加尔和津巴布韦开始雇用受正规教育较少而受在职培训较多的教员,从而减少薪金费用。其他国家(例如赞比亚和孟加拉国)提高了学生与教师的比率并采用了两部制,从而显著减少资本费用。¹⁵许多发展中国家审查了教育部门范围内的资金供应分配结构并作出了有利于初等教育的变动。例如智利,中等教育和高等教育在政府教育支出中所占份额分别从 1980 年的 18% 和 33% 减少到 1993 年的 13% 和 21%。孟加拉国减少了高等教育的份额(从 1980 年 13% 减至 1992 年 8%),而增加了对初等教育和中等教育的供资。¹⁶

24. 转型经济国家将教育费用特别是高等教育费用转嫁给了家长。这些转嫁主要通过使中等和高等公立教育部分私有化来实现的。然而,这一方法可能损害教育普及程度和机会均等。

25. 1985 至 1993 年发达国家政府教育支出占国民总产值的百分比并无重大变化。鉴于当前预算制约和人口趋势,这一组国家将不可能显著增加政府供资。然而,

在有些国家,对公立教育系统如何适应不同社会阶层的特定需要的压力日增。这就要求增加资金供应或改变对各项支出(教员薪水、教材、资本费用和其他)的资源配置。

B. 成人文盲

26. 尽管作了巨大努力来扫除成人文盲,但文盲成人的绝对人数从1980年的8.77亿增加到了1995年的8.85亿,其中大多数(8.72亿)生活在发展中国家(见图5.5)。

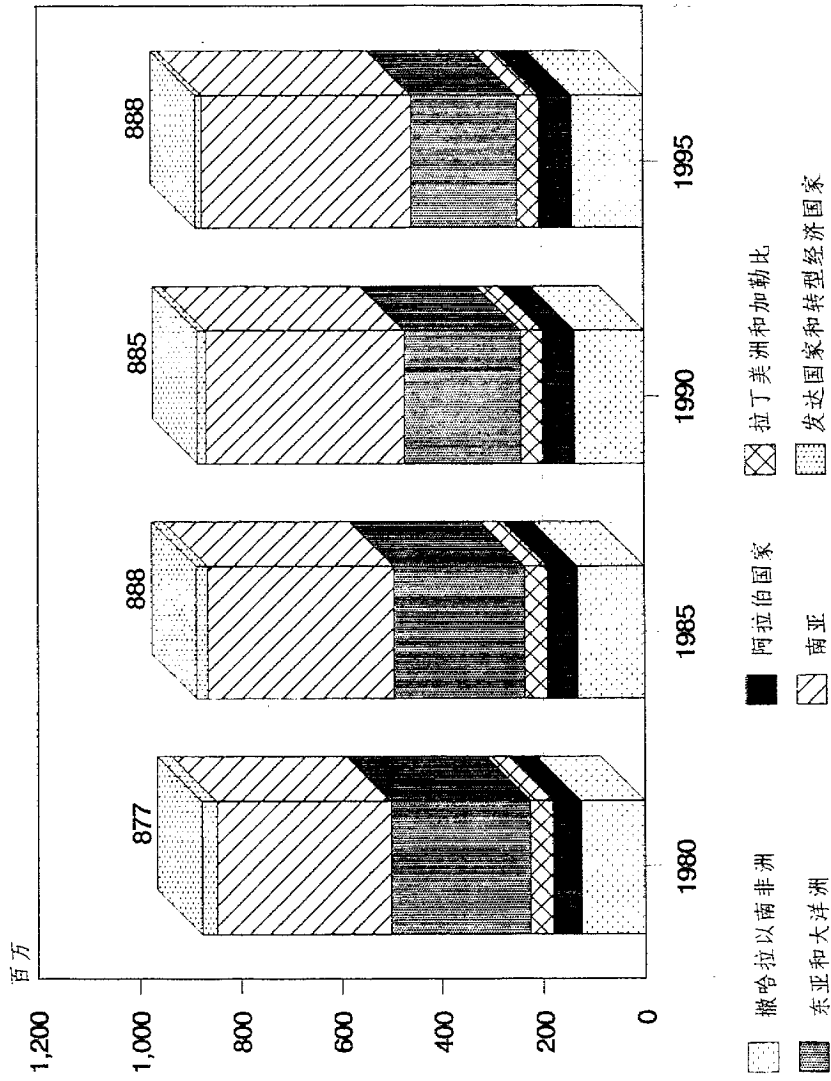
27. 相对而言,各地区的成人文盲率正在下降(见表5.4),尽管在某些发展中地区成人文盲率依然高得令人瞩目。发展中国家15岁以上人口的文盲率从1980年的42%下降到了1995年的30%。1980年以来取得最重大进展的撒哈拉以南非洲,其文盲率下降最多(17个百分点),还有阿拉伯国家(16个百分点)。1980至1995年南亚成人文盲率下降了11个百分点。

28. 所有地区包括发达国家在内,妇女文盲率比男子高得多(见图5.6)。1995年南亚女性文盲率64%为世界之最。阿拉伯国家和撒哈拉以南非洲仍然有半数以上女性成年人口为文盲。然而,自1980年以来取得了一些进展,这些地区的女性文盲率下降了18个百分点。

C. 教育的影响

29. 教育对人们生活的影响并无任何单一的衡量尺度。然而,根据经验进行的研究发现,例如教育程度与所挣收入之间、教育与失业率之间和教育与生活质量之间存在着强有力的关联。¹⁷

图 5.5. 1980—1995 年成人文盲



资料来源：教科文组织，《1995 年统计年鉴》（巴黎，教科文组织，1995 年）。

表 5.4 1980、1990 和 1995 年按地区分列的成人文盲率

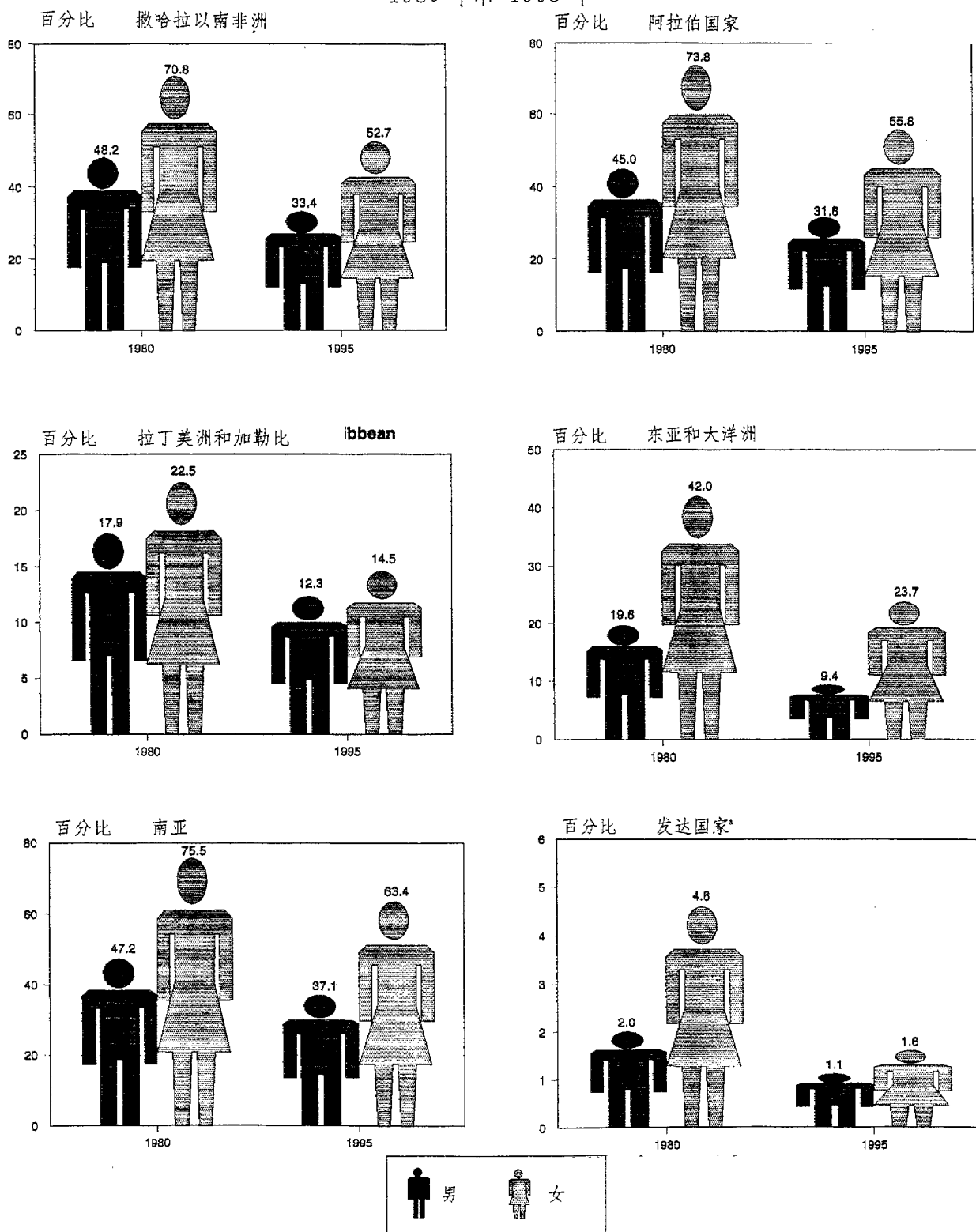
地区	1980	1990	1995
世界	30.5	24.7	22.6
发达国家 ^a	3.4	1.8	1.3
发展中国家	42.0	32.8	29.6
撒哈拉以南非洲	59.8	48.7	43.2
阿拉伯国家	59.2	48.3	43.4
拉丁美洲和加勒比	20.3	15.1	13.4
东亚和大洋洲	30.7	19.7	16.4
南亚	60.9	53.4	49.8

资料来源：教科文组织，《1995 年统计年鉴》（巴黎，教科文组织，1995），表 2.2。

a. 包括转型经济国家。

图 5.6. 按性别分列的成人文盲率

1980 年和 1995 年



资料来源：教科文组织，《1995年统计年鉴》（巴黎，教科文组织，1995年）。

a. 包括转型经济国家。

表 5.5. 1980 年代初期和 1990 年代初期某些国家按教育程度分列的收入比率

国家	1980 年代初期		1990 年代初期	
	男	女	男	女
澳大利亚				
E 等/A 等	1.74	1.70	1.79	1.71
E 等/B 等	1.65	1.52	1.62	1.61
加拿大 ^a				
E 等/A 等	1.90	2.22	2.08	2.23
E 等/B 等	1.70	1.82	1.71	1.80
丹麦				
E 等/A 等	1.58	1.46	1.61	1.36
E 等/B 等	1.39	1.33	1.31	1.21
日本 ^a				
E 等/A 等	1.36	1.59	1.36	1.62
E 等/B 等	1.28	1.36	1.28	1.38
挪威				
E 等/A 等	1.43	1.26	1.35	1.25
E 等/B 等	1.35	1.19	1.26	1.26
瑞典				
E 等/A 等	1.37	1.49	1.55	1.51
E 等/B 等	1.22	1.47	1.36	1.54
美国 ^a				
E 等/A 等	2.33	2.15	2.47	2.32
E 等/B 等	1.73	1.64	1.89	1.83

资料来源：经合组织，《经合组织工作研究》，证据和说明（巴黎，经合组织，1994 年）。

注：A 等—不完全中等学校

B 等—中学

E 等—大学

a. 1980 年代中期/后期

30. 在技术变革的驱动下, 就业要求条件的提高成为了过去 30 年来的一个主要趋势。所有各经济部十分重视那些能够适应迅速变化的劳力需求结构并对之作出反应的。某些发达国家数据表明, 1980 年代和 1990 年代初期所挣收入随着教育等级而提高 (表 5.5)。不到高中教育程度工人的低工资发生率一般两倍多于经合组织国家全体工人的平均发生率, 从法国的 10% 到美国的 32% 不等。¹⁸ 许多发展中国家呈现类似趋势。¹⁹ 例如, 在秘鲁, 1993 年根据基本收入函数的估计得出整个教育收益率为 5.7%。只读完小学者与教育程度较高者的教育收益率差别为 58%。²⁰ 此外, 失业发生率与初始教育程度密切相关。例如, 一项关于美国的研究发现 18 至 27 岁的中学辍学者的平均失业率 (6.2) 高于同龄大学毕业生 (3.7)。²¹

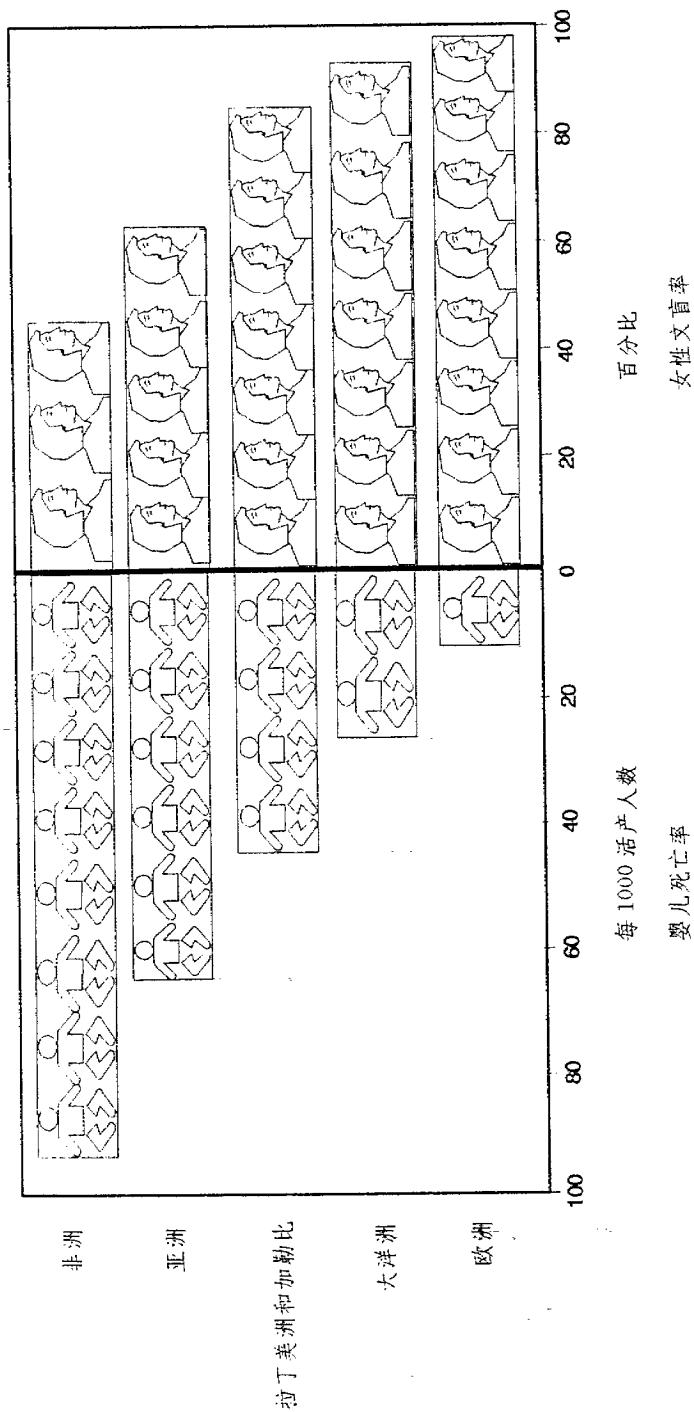
31. 引人类生活的质量方面也受到教育的很大影响。众多关于贫困的研究证明穷人的最重要特点之一就是缺少教育或所受教育质量低。例如, 尼加拉瓜农村地区半数以上和城区三分之一以上极穷人们是文盲。突尼斯贫穷住户户主 90% 以上未完成初等教育。波兰上学 8 年人口组的贫穷发生率为上学 14 年人口组的三倍。²²

32. 贫穷、生育行为、儿童死亡率与女性教育之间也存在着某种关系。大多数贫穷国家的女性文盲率高是与高生育率和高婴儿死亡率相关联的。后者往往随着女性识字率的提高而下降 (见图 5.7)。

D. 供求状况

33. 某一教育系统的质量可以国家或全球当前需求或未来需求进行评估。也可以私人收益和社会收益来评估。例如关于拉丁美洲教育质量的最近辩论十分重视通过教育获得的知识和技能的质量和结构与全球竞争的国民经济需求之间的日益不配称。这就是说, 技能的供与求不配称。在某些拉丁美洲国家, 因教育程度差别而产生

图 5.7. 1990—1995 年女性文盲率和婴儿死亡率



资料来源: 教科文组织、《1995 年统计年鉴》(巴黎, 教科文组织, 1995 年), 和联合国《1996 年世界人口监测报告》(纽约, 联合国, 即将出版)。

的收入差异已在缩小,从而损害了通过正规教育获得知识的促动力。这种趋势表明了私人对教育收益的期望与实际收益之间的另一种不配称。同时,人们承认虽然该地区各国因教育的提高在劳动生产率和人口增长稳定方面受益巨大,但如不继续取得进展,拉丁美洲国家将无力维持经济复原和增加在全球市场上的竞争力。因而,必须使现行教育系统更适应于国民经济需要。

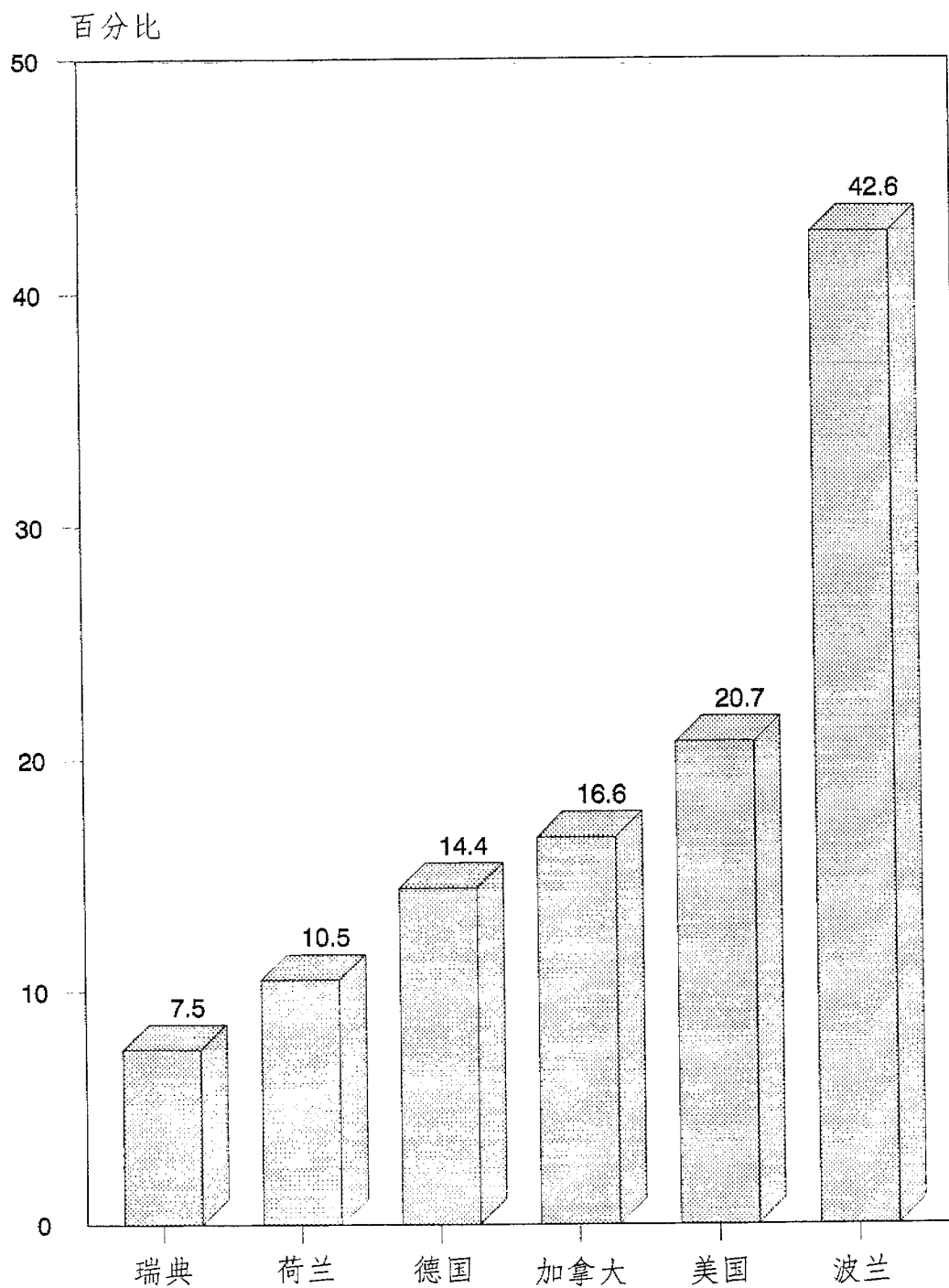
34. 理想地说,教育系统应使人们能够获得必要技能以适应国家和全球迅速变化的社会经济条件。但是大多数国家的教育并不能充分满足这些要求,尽管问题的大小可能因国家不同而有重大差异。

35. 某些发达国家半文盲率相对较高表明了教育系统在提供适当培训和跟上经济不断发展的需要方面并未完全成功。某些发达国家长期办公立教育而成人基础识字技能有限的百分比较大(图 5.8)。从瑞典约为 8% 到美国 21% 不等。波兰这一比率极为惊人:几乎为 43%。造成这种令人失望结果的原因之一是教育系统未能使儿童继续留校上学。

36. 平均测验成绩不断下降也表明某些发达国家的国家教育系统无力维持高标准培训。例如 1991 年联合王国只有 54% 的青年人(19 至 21 岁)符合国家教育和培训目标。²³ 美国参加 1994 年学习能力倾向测验的中学生只有 8% (在口试中) 获 600 分或 600 分以上(最高分 800; 最低分 200), 而 42% 在 400 分以下。²⁴

37. 大多数发展中国家正规教育质量低是一个长期存在的问题。有若干原因:义务教育年限较短,学校教师不足,学校设施有限而且过分拥挤。例如,1990 年代初期,撒哈拉以南非洲和南亚的平均师生比率不到发达国家的一半(见表 5.6)。

图 5.8. 1995 年 6 个国家只具有基础识字技能的成人



资料来源：经合组织数据，1995 年。

38. 有些发展中国家教师资格条件差也是造成留级率和辍学率高的一个问题。在撒哈拉以南非洲一些国家中这一情况尤为严重（图 5.9）。此外，发展中国家许多教师必须与学校基本用品近乎乌有的困难作斗争。长期缺乏教科书、钢笔和纸张。

39. 大多数发展中国家和转型经济国家教师的购买力急剧下降。许多非洲国家和拉丁美洲国家削减政府支出意味着教师实际工资下降。1980 年代初期至 1993 年，阿根廷、中非共和国、肯尼亚和马达加斯加的教师购买力下降了 30% 至 50%。转型经济国家也有类似趋势。例如俄罗斯联邦教师平均月薪与国家月工资的比率从 1980 年的 80% 下降到 1994 年的 69%。²⁵

40. 发达国家对教师提高教育质量的压力不断增加，导致额外的工作量和方法改革。同时充其量也只有极少资源用于提高教师技能。更糟的是为寻求解决政府预算赤字问题的办法，力图加紧减少教师薪水，从而损害了对教师的经济激励。

E. 当前政策和政策问题

41. 教育对提高人类生活质量和确保社会经济进步十分重要。由于整个地区的教育等级和当地对技能的需求存在着巨大差异，因而政策重点也各不相同。

42. 例如，非洲和亚洲的大多数发展中国家，目前侧重于扩大学校覆盖面以达到普及初等教育。将女孩纳入学校是又一重点。一些亚洲和非洲国家在扩大小学覆盖面方面所取得的进展，是政府、捐助者和非政府组织共同努力的结果。这种进展是通过扩大教育预算或改革教育重点、管理和组织而取得的。例如有些国家将最贫困地区儿童和女孩作为目标对象，同增加初等教育经费和重组教育管理部门结合起来。例如巴基斯坦和马拉维，当地社区帮助建新校并为临时学校提供家具、设施和土地。家长

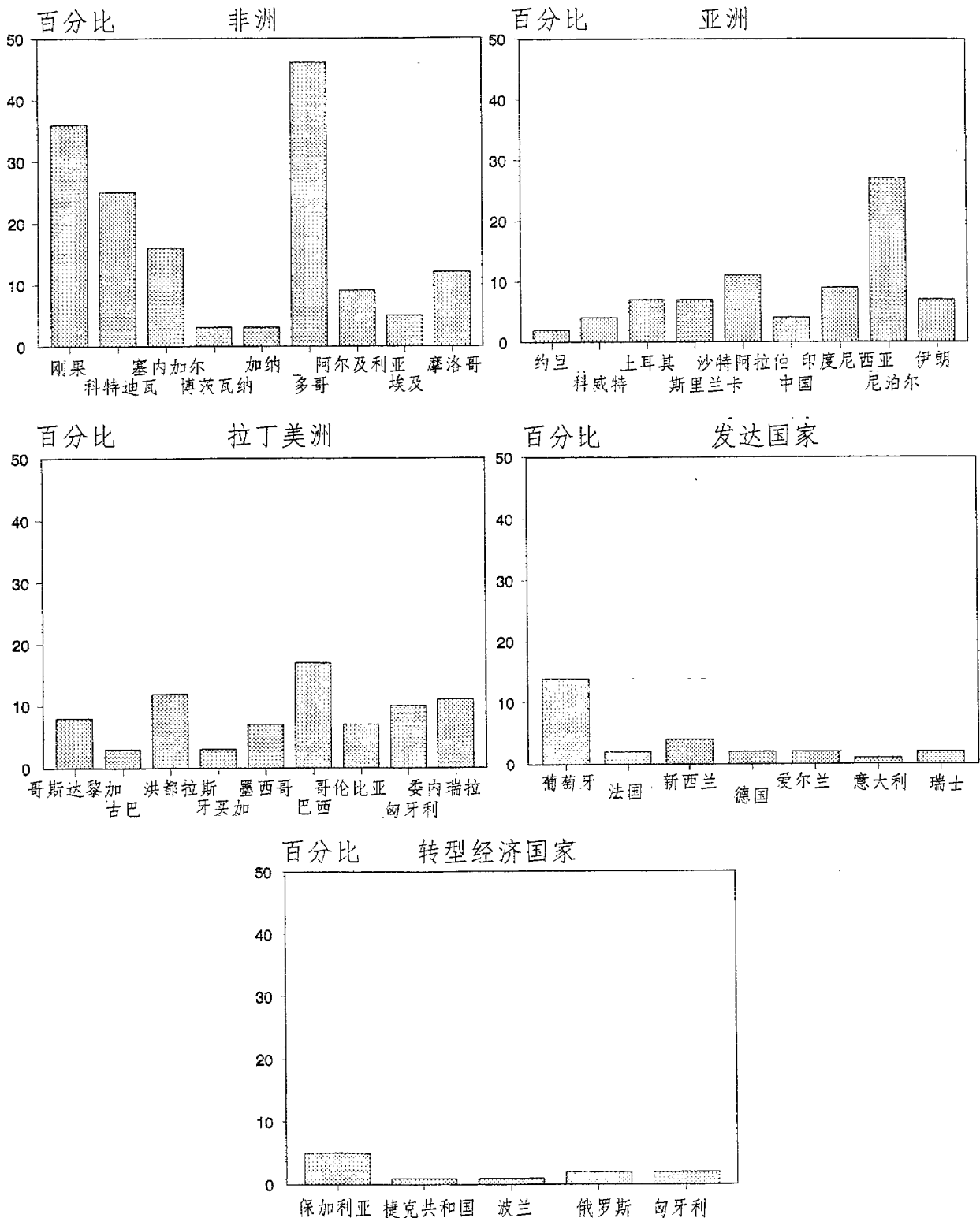
表 5.6. 每 1000 年龄 15—64 岁人的教师人数 (各等级)

	1985	1992
世界共计	16	16
发展中国家	13	13
撒哈拉以南非洲	9	10
阿拉伯国家	17	19
拉丁美洲/加勒比	21	22
东亚/大洋洲	14	14
中国	13	13
南亚	9	9
印度	9	9
最不发达国家	7	7
发达国家 ^a	23	24
北美	23	24
亚洲/大洋洲	23	25
欧洲/俄罗斯联邦	23	24

资料来源：教科文组织，《1995 年世界教育报告》（巴黎，教科文组织，1995 年），第 108 页。

a 包括转型经济国家。

图 5.9. 1990 年代初期初等教育留级生百分比



资料来源：教科文组织，《1995年统计年鉴》（巴黎，教科文组织，1995年）。

帮助监测学校出勤率和学生行为问题。在许多情况下，考虑到文化态度，确定了一套适当的“善待女孩”措施，特别是男女分班、适当学习材料、女教师等等。²⁶政府、社区和家庭的合作伙伴关系看来是解决初等教育问题的有效方法。

43. 到2000年消除成人文盲依然列在许多发展中国家议程上。解决这一问题的方法因国而异。例如，印度政府率先创办了全国开放学校，向所有14岁以上的人提供基础、中等和职业教育以及丰富生活方案。这些学校吸引了边缘群体成员，占当前注册入学者的50%以上。有些国家开始采用一系列范围广泛的技术来补救成人文盲和青年成人基础教育差的问题。例如泰国1980年代建立了无线电教育网。印度利用卫星发射以普及到广大听众和边远村庄。中国使用了全国远距离教育方案，而科特迪瓦则采用教育电视。²⁷尽管这些新方法具有优势，但对一些国家经验的评价表明，这些方法虽然可以起到重要的辅助作用，却不能替代正规教育。

44. 发展中国家和发达国家十分关注教育质量。人们普遍认为许多儿童在学校中学到东西太少。正如所预期的，解决这一问题的方法也因国而异，视认识到的起因和可用资源而定。发展中国家侧重教师培训的质量和他们提供的服务。发达国家指望使用新技术可产生更佳效果。转型经济国家则认为课程改革、权力下放和私有化是使教育机构更能适应技能需求的手段。

45. 许多国家将提高教育效率的目标列为最重要优先事项。大多数发展中国家和某些发达国家辍学问题非常严重。据认为除了提高教育质量以外，继续升学方案可能有助于降低辍学率。例如，拉丁美洲由于这种方案，儿童读到三四年级的比率上升了。总之，看来今后几年中对教育问题采取以产出为主方法将在多数国家的教育政策中占优势地位。

46. 人们也日益关注教育与就业之间的联系。这一问题超出学校和青年人的范围。例如，第一次国际成人识字率调查发现，7个先进经济国家16至65岁人口中将近五分之一只会最基本的识字和数数。这些人显然失业风险较大，尤其是在必须不断提高技能以适应易变的劳力市场条件的情况下更是如此。但是鼓励对人力资本投资并非易事，特别是在某些类型教育的收益可能较低的情况下更是如此。此外，目前关于政府在社会部门的适当作用问题正展开大量辩论，而其趋势则是凡有可能应避免政府参与。然而，教育独特之处在于既是种消费又是种投资。如何确保教育资源的数量和分配适当，可能是市场需要政府大力援助的一项任务。

47. 发达经济国家至少还有一项政策问题，那就是高等教育在某种程度上贬值。最近的企业“缩小规模”周期至少在美国往往导致解雇受过大学教育的白领工作人员，而熟练技工和其他熟练蓝领工人仍属需求之列。但是这一趋势是否标志着从长期来说受过高等教育者工资收益不断增加的结束，尚须拭目以待。²⁸

注

¹ Delores, Jacques, 《教育：财富蕴藏其中》，国际二十一世纪教育委员会向教科文组织提交的报告（巴黎，教科文组织，1996年），第117、130页。

² 《世界全民教育会议最后报告：满足基础学习需要，泰国宗滴恩，1990年3月5日至9日》，世界全民教育会议机构间委员会（开发计划署、教科文组织、儿童基金会、世界银行），纽约，1990年。

³ 义务教育年限因国而异。大多数欧洲国家规定8至10年教育（见表5.3）。

⁴ 中央统计局，《社会趋势。1996年版》（伦敦，英国文书局，1996年），第75页，表3.19。

⁵ 教科文组织，《1995年世界教育报告》（牛津，教科文组织出版社，1995年），

第 134—135 页，表 10。

⁶ 《1994—95 年立陶宛统计年鉴》(维尔纽斯, Methodical, 出版中心, 1995 年), 第 25 页。

⁷ 国际劳工组织, 《童工》(日内瓦, 劳工组织, 1995 年)。

⁸ 教科文组织, 《1995 年世界教育报告》(牛津, 教科文组织出版社, 1995 年), 第 37 页, 图 2.8。

⁹ 拉丁美洲和加勒比经济委员会(拉加经委会), 《中等教育在实现安康和社会公平方面的战略作用》(LC/G.1919, 1996 年 5 月 2 日), 第 44 页, 表 A.7, 附件。

¹⁰ 商业经济和统计管理部, 《1995 年美国统计摘要。国家数据册》(哥伦比亚特区华盛顿, 调查局, 1995 年), 第 174 页, 表 268。

¹¹ George Psacharopoulos 和 Heury Anthony Patrinos 编, 《拉丁美洲土著居民和贫穷。经验分析》(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 1994 年), 第 142 页, 表 7.7。

¹² 拉加经委会, 《中等教育在实现安康和社会公平方面的战略作用》(LC/G.1919, 1996 年 5 月 2 日), 第 37 页。

¹³ 图 5.4 提供的资料仅指中央政府的教育支出。因此, 不包括地方政府的支出, 有些国家的地方政府支出数额相当大。

¹⁴ 教科文组织, 《1995 年统计年鉴》(巴黎, 教科文组织, 1995 年)。

¹⁵ Mehrotra, Santosh, Ashok Nigam, Aung Tun Thet, 《初等教育的公私费用。亚洲和非洲某些国家的证据》, 儿童基金会工作人员工作文件第 15 号(出售品编号: E.96.XX.USA.4, 纽约, 1996 年), 第 6 页。

¹⁶ 教科文组织, 《1995 年统计年鉴》(巴黎, 教科文组织, 1995 年), 第 4—50 页, 表 4.3。

¹⁷ 经合组织, 《经合组织工作研究。证据和说明》, 第二部分, 劳力市场调整潜力(巴黎, 经合组织, 1994 年); Gaffikin, Frank 和 Mike Morrissey, 《新失业者。市

场经济中的失业》(伦敦, Zed 图书公司, 1992 年); 世界银行, 《扶贫和世界银行。1990 年代的进展和挑战》(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 1996 年); Jayarajah, Carl, William Branson 和 Binayak Sen, 《调整的社会方面。世界银行经验, 1980—93 年》, 世界银行业务评价研究 (哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 1996 年)。

¹⁸ 经合组织, 《1996 年 7 月就业展望》(巴黎, 经合组织, 1996 年), 第 71 页。

¹⁹ 例如见: Psacharopoulos, George 和 Henry Anthony Patrinos 编, 《拉丁美洲土著居民和贫穷。经验分析》(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 1994 年); Psacharopoulos, George 和 Zafiris Tzannatos, 《拉丁美洲妇女就业与付酬》(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 1992 年); Simai, Mihaly 等编, 《全球就业。对工作前途的国际调查》(伦敦, Zed 图书公司, 1995 年)。

²⁰ George Psacharopoulos 和 Henry Anthony Patrinos 编, 《拉丁美洲土著居民和贫穷。经验分析》(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 1994 年), 第 189 和 193 页。

²¹ 劳工部, 《每月劳工评述》, 第 116 卷, 第 4 号 (1993 年 4 月)。

²² 世界银行, 《扶贫和世界银行。1990 年代的进展和排战》(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 1996 年), 第 7、111、116 页。

²³ 由于教育改革, 到 1994 年联合王国的情况大为改善, 青年人符合国家目标的百分比增至 64.1。中央统计局, 《地区趋势 30。1995 年版》, 政府统计服务处出版物 (伦敦, 英国文书局, 1995 年), 4, 表 4.16。

²⁴ 分数系按每 1000 参加者计。美国商业经济和统计管理部, 《1995 年美国统计摘要。全国数据册》(哥伦比亚特区华盛顿, 调查局, 1995 年), 第 175 页, 表 271。

²⁵ GOSKOMSTAT, ROSSIISKY statistichesky Ezhegodnik 1995, (Moskva, 1995), P. 81。

²⁶ 世界银行, 《平整比赛场地。给予女孩受基础教育的同等机会——三个国家的努力》(哥伦比亚特区华盛顿, 世界银行, 1996 年), 第 2 和 4 页。

²⁷ Delores, Jacques, 《教育：财富蕴藏其中》，国际二十一世纪教育委员会向教科文组织提交的报告（巴黎，教科文组织，1996年），第170—171页。

²⁸ 例如见 Krugman, Paul, “白领变蓝”，《纽约时报》（1996年9月29日）。